

記入例

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

障害児	フリガナ	ホケン タロウ		生	申請の内容に○をつける
	受診者氏名	保健 太郎		年齢	1 歳 <small>平成 令和</small> 1年 5月 1日
	フリガナ	トヤマシニナガワ		電話番号	076(428)1152
受診者住所	富山市 蠅川459-1		電話番号	076(428)1152	
個人番号	000000000000		受診者の個人番号を記入		
保護者	フリガナ	ホケン イチロウ		受診者との関係	父
	保護者氏名	保健 一郎		電話番号 ※2	受診者本人と異なる場合に記入
	フリガナ	保護者住所※2		電話番号 ※2	受診者本人と異なる場合に記入
保護者個人番号	111111111111		保護者の個人番号を記入		
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	123-456	富山市	医療を受ける方が加入している保険者名を記入	
	受診者と同一保険の加入者氏名	保健一郎	保健 花子	医療を受ける方の同一保険に加入している方すべての氏名を記入	
	受診者と同一保険の加入者個人番号	222222222222	333333333333	同一保険加入者すべての個人番号を記入	
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		裏面チェックシートを参考に記入	該当・非該当
	保護者の収入状況 ※4	障害年金等の受給の有無		該当・非該当	裏面チェックシートを参考に記入
身体障害者手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		裏面チェックシートを参考に記入		
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医療		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入		
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局	富山市〇〇〇 富山市□□□		076(4〇〇)×××× 076(4□□)××××	
受給者番号 ※5	既に受給者証をお持ちの方はその受給者証を記入				

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
また、この申請にあたり、支給認定の際に必要な税情報や住民記録情報について、貴職が調査することに(同意します・同意しません)。※6
(調査の結果に基づき、貴職が所得状況の確認できる書類を求めた場合は、すみやかに提出します。)

令和 年 月 日 記入せず窓口へご持参ください
申請(保護)者 住所 富山市蠅川459-1
氏名 保健 一郎 ※7
受診者との関係 父
電話 076(428)1152

いずれかに○を記入

(宛先)富山市保健所長

- ※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。(「自立支援医療(育成医療)の申請について」も参考にすること。)
- ※4 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分にそれぞれ○をする。(「自立支援医療(育成医療)の新規申請について」も参考にすること。)
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 同意しますの場合は、『所得・課税証明書』または『非課税証明書』及び『住民票の写し』の提出は不要。
なお、当方の調査で所得状況が確認できない場合は、所得状況が確認できるものの提出を求める。
- ※7 申請(保護)者氏名については、窓口で申請する者の氏名を記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()	
前回の受給者番号	今回の受給者番号	
備考		

受付者記入欄(本人確認・書類チェック)

窓口来所者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> その他(続柄)
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
添付書類	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 加入医療保険が分かるものの写し <input type="checkbox"/> 住民情報※ <input type="checkbox"/> 所得状況※ (※同意ありの場合省略可能。窓口で所得確認。)
受付者	

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
 - ・課税されていない：3へ
 - ・課税されている：4へ
- 自立支援医療を受診する方の保護者の収入が**保護者全員それぞれ80万9千円以下**ですか。（保護者とは、健康保険の加入状況にかかわらず、基本的に親権者である父母です。）

※収入とは次の①～③にあげる収入の合計額をいいます。

- ①地方税法上の合計所得金額
- ②所得税法上の公的年金等の収入金額
- ③厚生労働省令で定める給付（遺族年金、障害年金、労災による障害保障、特別障害給付金、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当など）
 - ・80万9千円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万9千円を超える：「低2」に○をしてください。

また、「保護者の収入状況」の「障害年金等の受給の有無」及び「特別児童扶養手当等の有無」の欄で該当するものに○をしてください。（該当するものがある場合は、受給状況がわかる資料（年金証書や振込通知書の写し等）を提出してください）

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市民税額（所得割） **3万3千円未満**：「中間1」に○をしてください。
 - ・市民税額（所得割） **3万3千円以上2万3千5千円未満**：「中間2」に○をしてください。
 - ・市民税額（所得割） **2万3千5千円以上**：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- 腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害のいずれかに該当する方
 - 医療保険の高額療養費で多数該当の方
（申請時点の過去1年間に、医療保険において同一世帯で高額療養費の支給を受けた回数が4回以上ある場合）
- また、②に該当する場合は、その旨が確認できる書類を提出してください。

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	育成医療の経過措置(※注) 負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			重度かつ継続 負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	育成医療の経過措置(※注) 負担上限額 20,000円

・自己負担額については1割負担（ 部分）。ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定。

（※注）受給者に若い世帯が多いこと等を踏まえ、市民税課税世帯で所得区分が「中間1」、「中間2」のうち「重度かつ継続」に該当しない方、および、「一定以上」のうち「重度かつ継続」に該当する方（ 部分）について、1か月当たり負担額に特別な上限を設定する経過措置が講じられています。
経過措置対象者の受給者証の有効期限は最長で令和9年3月31日までとなっており、今後見直される予定です。