|  |  |
| --- | --- |
|  | 自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※１ |
|  | 障害者・児 | フリガナ |  | 年齢 | 歳 | 生　年　月　日 |
|  | 受診者氏名 |  |  |
|  | フリガナ |  | 電話番号 |  |
|  | 受診者住所 |  |
|  | 個人番号 |  |  |
|  | 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ |  | 受診者との関係 |  |
|  | 保護者氏名 |  |
|  | フリガナ |  | 電話番号※２ |  |
|  | 保護者住所※２ |  |
|  | 個人番号 |  |  |
|  | 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号及び番号 |  | 保険者名 |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者 |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  |
|  | 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 | 重度かつ継続 ※４ | 該当　・　非該当 |
|  | 身体障害者手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
|  | 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　機　関　名 | 所 在 地・ 電 話 番 号 |
|  | 医療機関名　 |  |
| 薬局名　 |  |
|  | 受給者番号　※５ |  |
|  | 　 | 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　　　　　 |
|  | 　 | 申請者氏名 |  |  |  |  |  |
|  | 　 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |  |
|  | 　 |  |  |  | （宛先）春日井市長 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| この申請に関する負担上限額の算定に必要なため、住民基本台帳、世帯員の市民税に関する公簿並びに国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況の閲覧を承諾します。また、支給が決定したときは、その内容を医療機関に提供することに同意します。承諾印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができます。 | (氏名)　 |

※１　該当する医療の種類及び新規・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する。障害年金・遺族年金・労災年金受給の有無について（番号に○を付けて下さい）１　受けている　２　受けていない |
|  | ※３　チェックシート（裏面）を参照し、該当すると思う区分に○をする。 |
|  | ※４　チェックシート（裏面）を参照し、該当すると思う区分に○をする。 |
|  | ※５　再認定又は変更の方のみ記入する。 |
|  |  |
|  |  | 　　　　ここから下の欄には記入しないでください。 |  |
| 市記入欄 |  |
|  | 前回状況 | 所得区分 |  | 受給者番号 |  |
|  | 収入確認書類 | 要　・　不要 | 年金の有無 | あり（→書類コピー）　　　　　　　円　・　　 なし |
|  | 市民税の課税 | 課税・非課税 | 市民税所得　割額合計 | 　　　　　　円 | 本人収入 | 円 | 特定疾病　療養受療証 | あり　・　なし |
|  | 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 |
|  | 今回上限額 | 0　・　2500　・　5000　・　10000　・　20000　・　1割か保険 |
|  | 今回の受給者番号 |  |
|  | 備　考 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付： |

〈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、国民健康保険または後期高齢者医療保険の場合には一緒に国

民健康保険または後期高齢者医療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」に関しての質問**

１　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

２　自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれかまたは両方）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

３　自立支援医療を受診する方の収入が**８０万円以下**ですか。（自立支援医療を受診する方が１８歳未満の場合

には、その保護者の収入が**それぞれ８０万円以下**ですか。）

（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）

・80万円以下　　　→「低１」に○をしてください。

・80万円を超える　→「低２」に○をしてください。

４　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町村民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。

・市町村民税額（所得割）　**３万３千円未満**　→「中間１」に○をしてください。

・市町村民税額（所得割）**２３万５千円未満**　→「中間２」に○をしてください。

・市町村民税額（所得割）**２３万５千円以上**　→「一定以上」に○をしてください。

５　「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

① 腎臓機能障がい、小腸機能障がい、免疫機能障がい、肝臓機能障がい、心臓移植術後の抗免疫療法

② 医療保険の高額療養費で多数該当の方

**〈自己負担の概要〉**

自己負担については１割負担（　　加色部分）。ただし、所得水準に応じて負担の上限額

が設定されます。また、入院時の食費（標準負担額）については自己負担となります。

一定所得以下

一定所得以上

「一定以上」

公費負担の対象外

（医療保険の負担割合・負担限度額）

中間的な所得

「生保」

「低１」

「低２」

「中間１」

「中間２」

０円

負担上限額

２，５００円

負担上限額

５，０００円

負担上限額

　５，０００円

負担上限額

１０，０００円

負担上限額

２０，０００円

負担上限額　　　５，０００円

負担上限額　　　１０，０００円

負担上限額

医療保険の自己負担限度額

育成医療　　※経過的特例

重度かつ継続

重度かつ継続　　※経過的特例