|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第５条関係） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | 性別 | | 男・女 | | | 年齢 | | | | 歳 | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | |
| 名　　前 |  | | | | 平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  |  |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | |  | | | | | | | | |
| 名　　前 |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 住　　所 | □　受診者と同じ　　□　受診者住所と異なる（異なる場合は、下記にご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | |
| 保護者個人番号 |  |  |  |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受信者と同一保険の加入者個人番号 |  |  |  |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  |  |
| 該当する所得区分　※２ | 生保等 ・ 低１ ・ 低２ ・ 中間１ ・ 中間２ ・ 一定以上 | | | | | | | | | | | | | 重度かつ継続 ※３ | | | | | | | 該当　・　非該当 | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※４ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該申請が認定となった際に，認定機関において，受診する指定自立支援医療機関に自立支援受給者証の写しを送付する。（同意されない場合は、認定された後に送付される自立支援受給者証をご自身で医療機関へ提出してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 同意する　・　同意しない | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　印　※5  令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　世羅町長　　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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）のいずれか該当するものに○をする。  ※２　チェックシートを参照し，該当すると思う区分に○をする。  ※３　チェックシートを参照し，該当すると思う区分に○をする。  ※４　再認定または変更の方のみ記入。  ※５　申請者氏名については，記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。  自治体記入欄　　　　・・・・・・・・・・・・ここから下の欄には記入しないでください。・・・・・・・・・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | |  | | | | | | | 認定年月日 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 前回所得区分 | | 生保等 ・ 低１ ・ 低２ ・ 中間１ ・ 中間２ ・ 一定以上 | | | | | | | | | | | | | | | 重度かつ継続 ※３ | | | | | | | 該当　・　非該当 | | |
| 今回所得区分 | | 生保等 ・ 低１ ・ 低２ ・ 中間１ ・ 中間２ ・ 一定以上 | | | | | | | | | | | | | | | 重度かつ継続 ※３ | | | | | | | 該当　・　非該当 | | |
| 所得確認書類 | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

〈　所得の区分に関するチェックシート　〉　　　　(様式第１号別紙)

※　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。ただし，受給者は受診者と同一の保険に加入していない場合であっても，同一の世帯とみなされます。

**○　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，生活保護又は支援給付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「世帯等」は，市町村民税（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（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）

・課税されている：４へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）

３　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です。

　　　収入の内容がわかる書類をご用意ください。）

・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（国民健康保険の場合は被保険者全員，国民健康保険以外の場合は被保険者や組合員など）に課税され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）**３万３，０００円未満**：「中間１」に○をしてください。

・市町村民税額（所得割）**３万３，０００円以上２３万５，０００円未満**：「中間２」に○をしてください。

・市町村民税額（所得割）**２３万５，０００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　重度･･･心臓機能障害（心移植後の抗免疫療法に限る），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），免疫機能障害

継続･･･自立支援医療を受診する方と同一の医療保険に加入している方が，過去１２ヶ月の間に医療保険の高額療養費を３回以上受けたことがある場合(高額療養費の支給が分かる書類をご用意ください.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一定所得以下 | | | 中間的な所得 | | 一定所得  以上 |
| **｢生保等｣** | **「低１」** | **「低２」** | **「中間１」** | **「中間２」** | **「一定以上」** |
| 生活保護又は  支援給付世帯 | 市町村民税非課税 | | 市町村民税＜3万3,000  （所得割） | 3万3,000≦市町村民税  ＜23万5000（所得割） | 23万5,000≦市町村民税（所得割） |
| 世帯収入≦80万 | 世帯収入＞80万 |
| ０円  **重 　度 　か　 つ　 継 　続** | 負担上限月額  2,500円 | 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  10,000円 | 公費負担の  対象外 |
| 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  10,000円 | 負担上限月額  20,000円 |