

| 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・他市町村からの転入） | | | | | | |
|---|------------------|-----------------------|---|----------|----------|------------|
| 障害者・児 | フリガナ | | | 年齢 | 歳 | ※1 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | | | 年 |
| | 受診者住所 | | | 電話番号 | () | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 受給者が18歳未満 | フリガナ | | | 受診者との関係 | | |
| | 保護者氏名 | | | | 電話番号 | () |
| | 保護者住所 | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号番号 | | | 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※2 | 生保・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 |
| 障害年金等 | 無 | 有 | (種類：障害年金等・特別障害者手当・障害児童福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当) | | | |
| 身体障害者手帳番号 | 第 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 | | | | | | |
| 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 八女市長 様 | | | | | | |

※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 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 所得区分が、中間1、中間2、一定以上に該当する場合に記入。
 ※4 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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 | 市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 | | 市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（ | | 標準負担額減額認定証） |
| 前回の受給者番号 | | | 今回の受給者番号 | | |
| 備考 | | | | | |

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 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・被扶養の関係にいる方全員、国民健康保険や国民健康保険組合の場合には一緒に国民健康保険・国民健康保険組合に加入してあ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。）
- 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 **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、老齢年金、遺族年金、寡婦年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当を含めた収入の合計）
 - ・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。
- 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の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） **2万5千円未満** : 「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額（所得割） **2万5千円以上** : 「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

- 育成医療・・・腎機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法)
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方・・・申請月の前月から過去12か月間において、申請者の属する医療保険の世帯が高額療養費の支給を受けた月が3回以上ある場合

| ← 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 | | 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額) |
| | | | 負担上限額 5,000円 | 負担上限額 10,000円 | |
| 重 度 か つ 継 続 | | | | | |
| | | | 負担上限額 5,000円 | 負担上限額 10,000円 | 負担上限額 20,000円 |