

| 自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1   |                |                                  |                             |  |                      |          |
|---|----------------|----------------------------------|-----------------------------|--|----------------------|----------|
| 障害者・児   | フリガナ           |                                  | 性別                          | 年齢   | 生 年 月 日              |          |
|   | 受診者氏名          |                                  | 男・女                         | 歳  | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 |          |
|   | 受診者住所          | 〒                                |                             |  | 電 話 番 号              |          |
|   | 個人番号           |                                  |                             |  | ( ) -                |          |
|   | 自立支援医療受給者番号※2  |                                  | 身体障害者手帳番号                   |  |                      |          |
| 受診者が18歳未満の場合  | フリガナ           |                                  | 受診者との関係                     | 電 話 番 号  |                      |          |
|   | 保護者氏名          |                                  |                             | ( ) -  |                      |          |
|   | 保護者住所          | 〒                                |                             |  | ※受診者と同じ場合は省略可        |          |
|   | 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番号 |                                  | 保険者名                        |  |                      |          |
|   | 受診者同一医療保険の加入者  |                                  |                             |  |                      |          |
|   | 年金及び手当等 ※3     | 有 ・ 無                            | 障害・遺族・その他 ( )               | 級 ( )  | 円                    |          |
|   | 特定疾病療養受療証      | 有 ・ 無                            | 自己負担上限額 ( 1万円 ・ 2万円 ) ※有の場合 |  |                      |          |
|   | 該当する所得区分       | 生保等 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |                             |  | 重度かつ継続               | 該当 ・ 非該当 |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む）  | 医療機関名          |                                  |                             | 所在地・電話番号   |                      |          |
|   | 〒              |                                  |                             | ( ) -  |                      |          |
|   | 〒              |                                  |                             | ( ) -  |                      |          |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>私の世帯の状況は裏面のとおりです。なお、所得区分の認定に当たり、世帯の課税状況及び収入額等について関係機関に調査照会し、調査の結果を基に、所得区分の認定を受けることに同意します。また、認定を受けた自立支援医療受給者証の写しを、関係医療機関等に送付することについても同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ ㊟</p> <p>※4</p> <p style="text-align: right;">呉市長 様</p> |                |                                  |                             | 添付書類   |                      |          |
|   |                |                                  |                             | <input type="checkbox"/> 要否意見書<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し<br><input type="checkbox"/> 医療保険証の写し<br><input type="checkbox"/> 生活保護の受給が確認できるもの<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の写し<br><input type="checkbox"/> 受診者の収入が確認できるもの<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                      |          |

※1 育成・更生及び新規・再認定・変更のいずれかに○をしてください。（変更とは、太線内の変更がある場合のみ）  
通院から入院等の変更は、要否意見書が必要な場合があります。  
太線以外の変更（氏名・住所・保険証等）は、記載事項変更届を提出してください。

※2 現在自立支援医療を受けている方のみ記入してください。

※3 所得区分が低1・低2に該当する場合のみ記入してください。

※4 記名押印または自筆による署名により記入してください。

## 世 帯 調 書

| 世帯構成員氏名                              | 被保険者に○を記入 | 生年月日 | 生活保護適用の有無 | 令和 年度 市民税課税額 |     | 収入<br>(市民税非課税世帯の場合のみ記入) |
|--------------------------------------|-----------|------|-----------|--------------|-----|-------------------------|
|                                      |           |      |           | 均等割          | 所得割 |                         |
| 受診者                                  |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | 有・無       |              |     |                         |
| 受診者と異なる医療保険に加入する保護者(受診者が18歳未満の場合に記入) |           |      |           |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  | /         |              |     |                         |
| (個人番号 )                              |           | . .  |           |              |     |                         |
| 合計(社保等は被保険者分のみを記入)                   |           |      |           |              |     |                         |

- 1 世帯構成員とは、**同一の医療保険**に加入されている方(別居も含む)です。受診者本人を含めて全員を記入してください。
- 2 市民税額については、自立支援医療を受ける日の属する年度(4月~6月である場合は前年度)の額を記入してください。
- 3 収入については、**市民税非課税世帯の場合のみ受診者(18歳未満の場合は同一医療保険加入の保護者)の収入額**を記入してください。

収入額とは、「地方税法292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障害基礎年金、障害厚生年金、遺族共済年金等の公的年金及び特別障害者手当、障害児福祉手当、経過の福祉手当、特別児童扶養手当」の合計額です。

※受診者が**非課税年金(障害年金・遺族年金等)**や**障害者手当**を受給されている場合は、その額が確認できるもの(通帳・年金振込通知書等)を持参してください。

なお、非課税世帯で、受診者の収入額の確認ができない場合は、低2として取り扱います。

----- ここから下は記入しないでください。 -----

### 自己負担額認定表

| 区分      | 市民税課税額                           |        |          |         |             | 収入額(市民税非課税世帯の場合) |                   |                   |      |
|---------|----------------------------------|--------|----------|---------|-------------|------------------|-------------------|-------------------|------|
|         | 均等割                              |        | 所得割      |         |             |                  |                   |                   | ≤80万 |
| 世帯の課税額  |                                  |        |          |         |             |                  |                   |                   | >80万 |
| 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            | 該当 ・ 非該当          |      |
| 自己負担上限額 | 0円                               | 2,500円 | 5,000円   | 10,000円 | 医療保険<br>上限額 | 重度かつ継続<br>5,000円 | 重度かつ継続<br>10,000円 | 重度かつ継続<br>20,000円 | 却下   |
| 所得確認    | 市民税課照会                           |        | 福祉総合システム |         | 公的機関の証明     | その他( )           |                   |                   |      |