

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		年齢	生 年 月 日		
	受診者氏名		歳	年 月 日		
	受診者住所	〒		電 話 番 号		
	マイナンバー			() -		
	自立支援医療受給者番号※2			身体障害者手帳番号		
受診者が場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		
	マイナンバー					
負担額に関する事項	医療保険の加入状況	保険者種別	保険者番号	保険者名称		
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		※呉市の国保・後期以外の場合は、保険者番号を記入してください		
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療				
		<input type="checkbox"/> 社会保険・共済組合・国保組合				
	記号番号		資格取得年月日	年 月 日	*職員がチェック <input type="checkbox"/> マイナ保険証確認	
	※裏面「世帯調書」に世帯構成員を記入し、被保険者に○してください					
※3	年金及び手当等	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				
		Tel () -				
		Tel () -				
<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。私の世帯の状況は裏面のとおりです。自立支援医療の申請に係る私及び私が属する世帯構成員の課税状況、収入額及び医療保険の加入状況等について、市が必要と認める場合にはその保有する個人情報により調査・確認することに同意します。これらを、調査・確認することについて、私が属する世帯構成員の同意も得ています。</p> <p>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>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>※4</p> <p style="text-align: right;">呉市長 様</p>				<p>添付書類</p> <p><input type="checkbox"/> 要否意見書</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 医療保険に関する書類の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護の受給が確認できるもの</p> <p><input type="checkbox"/> 受診者の収入が確認できるもの</p> <p><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p style="text-align: right;">R6.12</p>		

- ※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、受診者本人（18歳未満の場合は保護者）氏名を記入してください。

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 (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			
受診者同一の加入者		. .	有・無			
マイナンバー						
受診者同一の加入者		. .	有・無			
マイナンバー						
受診者同一の加入者		. .	有・無			
マイナンバー						
受診者同一の加入者		. .	有・無			
マイナンバー						
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）						
		. .	/			
マイナンバー						
		. .				
マイナンバー						
				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、経過的福祉手当、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		>80万	
世帯の課税額									
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 上限額	重度かつ継続 5,000円	重度かつ継続 10,000円	重度かつ継続 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（ ）			