

障害者・児	フリガナ 受診者氏名					歳	生年月日			
	フリガナ 受診者住所						電話番号			
	個人番号									
	受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
フリガナ 保護者住所 ※2						電話番号 ※2				
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					
受給者番号 ※5										
申請者氏名	私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。				私は、自立支援医療の支給認定申請に当たり、支給認定の際に必要な税情報や手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。					
年 月 日	射水市社会福祉事務所長				申請者氏名					

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入
- ※3、4 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
- ※6 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

申請受付年月日			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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					

(裏面)

〈所得の区分に関するチェックシート〉

※ 自立支援医療制度における「世帯」とは、受診する方が加入している医療保険において扶養・被扶養の関係にある方全員(国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者については加入者全員)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又は両方)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。

(※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を支払っている方が納めている市町村民税額(所得割)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) 3万3千円以上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○
- ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○

※「重度かつ継続」の対象範囲

① 疾病、病状等から対象となる方

- ・更生医療……腎臓機能障害、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に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)

② 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる方

- ・医療保険多数該当の方

← 「生保」 →	一定所得以下 ← 「低1」 →	→ ← 「低2」 →	← 中間的な所得 → ← 「中間1」 → ← 「中間2」 →		←一定所得以上→ 「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		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	重度かつ継続 負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円