様式第19号(第21条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 歳 | | | 生年月日 | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| 受診者住所 |  | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 受診者が歳未満の場合 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | |  | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 電話番号  ※2 | | |  | | | |
| 保護者住所  ※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  ※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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　赤穂市長　宛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1　該当する医療の種類及び新規・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)のいずれかに○をする。

※2　受診者本人と異なる場合に記入。

※3　該当すると思う区分に○をする。

※4　該当すると思う区分に○をする。

※5　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 | 個人番号　　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 |  | | 今回の受給者番号 | |  | | |
| 備考 |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 依　　　　頼　　　　書  　　赤　穂　市　長　　様    私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。    令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 |

〈　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」とは受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

○　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（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、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の算定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）の合計額は、以下のどの金額に該当しますか。

※例：健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員

・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　「高額治療継続者」（※下記参照）に該当しますか。

・該当する：｢高額治療継続者｣の「該当」に○をしてください。

・該当しない：｢高額治療継続者｣の「非該当」に○をしてください。

※　「高額治療継続者」の対象範囲

① 精神通院医療・・・症状性を含む器質性精神障害（F0）、精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（Ｆ２）、気分障害（F3）、てんかん（G40）

その他　３年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された方

※　詳しくは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ね下さい。

　② 育成医療・更生医療・・・免疫機能障害（抗HIV療法、）、じん臓機能障害（人工透析療法等）、小腸機能障害

（中心静脈栄養法）、心臓・じん臓・肝臓移植術後の抗免疫療法

③ 医療保険の高額療養費で多数該当の方

一定所得以下

中間的な所得

一定所得以下

「生保」

「低１」

「低２」

「中間１」

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

自立支援医療の対象外

（医療保険の負担割合

・負担限度額）

　　　「高　額　治　療　継　続　者」

負担上限額

　５，０００円

負担上限額

１０，０００円

負担上限額

１０，０００円

「育成医療」

「中間２」

「一定以上」

負担上限額

　５，０００円

負担上限額

　２０，０００円