（　表　）

様式第24号(第13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 |  | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | 年齢 | | | | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | 年　　月　　日 |
| フリガナ | ナントシ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 受診者住所 | 〒  　　南砺市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  | | | |  |  | |
| １８歳未満の場合  受診者が | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 |  |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ナントシ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※2 |  |
| 保護者住所 ※2 | 〒  　　南砺市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 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※3 | 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　　※4 | |  | | | | | | | | | 保健師との相談を　　　希望する　・　希望しない　　※5 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。  　　　　　　　　　　　 年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　※6  （宛先）南砺市社会福祉事務所長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をする。　　※2　受診者本人と異なる場合に記入

※3　裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。　　　　　　　　　　　※4　再認定又は変更の方のみ記入すること。

※5　受診者が18歳未満の場合に記入　　　※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。

※7　この申請書の内容については、自立支援医療の提供に必要な範囲内で、指定自立支援医療機関に提供される場合があります。

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 |
| 前回の受給者番号 |  | | 今回の受給者番号 |  | |
| 備考 |  | | | | |

（　裏　）

〈　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又は共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方(擬制世帯主を除く。)全員をいいます。後期高齢者医療の場合は、住居及び生計を共にしている方の中で、後期高齢者医療に加入してい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(均等割若しくは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(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)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)　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○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

　①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。）又は肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る。）の方

②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 | | 一定所得以上 |
| 「生保」 | 「低1」 | 「低2」 | 「中間1」 | 「中間2」 | 「一定以上」 |
| 0円 | 負担上限月額  2,500円 | 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  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) |
| 育成医療の経過措置 | |
| 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  10,000円 |
| 重度かつ継続 | | |
| 負担上限月額  5,000円 | 負担上限月額  10,000円 | 負担上限月額  20,000円 |