

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 該当の項目に○

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日
	受診者氏名							
	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	保険証を見て記入		保険者名	保険証を見て記入			
		氏 名		個人番号				
	受診者と同一保険の加入者	同一世帯で受診者と同じ保険に加入している方の名前とマイナンバーを記入する。可能であれば、全員の保険証をコピーする。						
	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	医 療 機 関 名		所在地・電話番号					
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)	病院名・薬局名・それぞれの所在地等を記入する。病院のみ記入された場合は、薬局の有無を確認する。							
受給者番号 ※4	育成医療の場合、記入⇒		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。								
重要 年 月 日			申請者氏名 (印) ※6					
(宛先) 南砺市社会福祉事務所長			申請者氏名：更生医療は、受診者本人 育成医療は、保護者(★と同一)の氏名を記入					

- ※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。

重要 申請日について

- (1) 更生医療・手帳同時申請の場合：手術日
- (2) 同時申請以外の申請で手術日・治療開始前の場合：申請に来た日
- (3) 手術日・治療開始後の場合：手術日・治療開始日

日	
継続	該当 ・ 非該当
	該当 ・ 非該当

* 保健師さんとの相談について(育成医療) * ※相談希望の有無を必ず確認してください。

【相談を希望する場合】※相談の具体的内容を確認してください。

- ① 具体的内容があれば、内容を書いた付箋をつけて障害福祉係に送付ください。
- ② 現時点では特にない場合には、その旨を一言 付箋でお知らせください。

〈 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

書ける範囲で記入

- 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