

自立支援医療（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

受診者	フリガナ 氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 平成西暦 年 月 日				
	住所					電話番号					
	個人番号										
保護者	フリガナ 氏名				受診者との続柄	父・母・祖父・祖母・（ ）					
	住所 ※1					電話番号 ※1					
	個人番号										
負担額に関する事項	保険の種類	国民健康保険 ・ 健康保険 ・ 生活保護 ・ その他（ ）									
	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	氏名			個人番号						
該当する所得区分 ※2	生活保護・低所得1・低所得2・中間1・中間2・一定所得以上					重度かつ継続※3	該当・非該当				
公的年金等受給状況 ※4	有・無	公的年金等の種類				公的年金年間収入額	円/年				
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	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）	薬局名				所在地・電話番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関（訪問看護）	訪問看護事業所名				所在地・電話番号						
受給者番号 ※5											
<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。</p> <p>申請にあたって、認定決定に必要な場合に限り、私及び家族の住民基本台帳、市民税課税台帳、公的年金の加入状況等について、官公署に対して調査を行なうこと、及び決定内容について指定医療機関に対して情報提供することに同意をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>(千 一)</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>印 ※6</p> <p>堺市長殿</p>											

※1 受診者本人と異なる場合のみ記入してください。

※2 裏面のチェックシートを参照のうえ、該当すると思う区分に○をしてください。

（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支給給付受給世帯については、生活保護の区分となります。）

※3 裏面のチェックシートを参照のうえ、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 市民税非課税世帯の方は、裏面のチェックシート「3」を確認のうえ、公的年金等の有無及び必要事項を記載してください。

※5 再認定または変更の場合のみ記入してください。

※6 申請者の氏名を本人が自筆する場合は、押印を省略することができます。ただし、下記承諾欄は押印が必要となります。

※課税状況等確認承諾欄

年 月 日

堺市長殿

堺市において、税務担当課又は福祉担当課に、私及び私の世帯の課税状況等について確認されることに同意します。

このことは、私の世帯員の同意を得ています。

申請者 住所

氏名

印

〈 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や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」に関する質問

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。

※中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯については、生活保護の区分となります。

- ・受けている : 「生活保護」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

※ 課税額が不明な場合

- 1～6月に申請される場合は前年の、7～12月に申請される場合は直近の1月1日現在において
 （堺市に住民登録がある方） 申請時にお問い合わせいただけます。
 （堺市に住民登録がない方） 前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。
 （申請案内P3参照）

3 自立支援医療を受診する方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。

（※ここでいう収入とは地方税法上の合計所得額、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 : 「低所得1」に○をしてください。
- ・80万円を超える : 「低所得2」に○をしてください。

※公的年金等受給状況欄を記入してください。受給が「有」の場合は、証書等確認出来る書類を持参してください。「低所得1」に該当し、受給が「無」の場合は、申請窓口で、収入が無いこと及び官公署等に対する資産収入状況の閲覧等について「申出書及び同意書」を記入していただきます。

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。（「住宅借入金等特別税額控除」による税額控除前の市民税額（所得割）で判断します。）

- ・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） 2万3千5百円未満 : 「中間2」に○をしてください。
- ・市町村民税額（所得割） 2万3千5百円以上 : 「一定所得以上」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又は②のいずれかに該当すれば対象になります。）

① 症状等から対象となるもの

心臓機能障害（心移植後の抗免疫療法）、腎臓機能障害（人工透析・腎移植後の抗免疫療法）、小腸機能障害（中心静脈栄養法による医療）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法）、免疫機能障害（HIV感染に対する治療）

② 高額な医療費負担が継続することから対象となるもの

医療保険の高額療養費で多数該当の場合（申請前12か月の間に高額療養費制度の適用を3回以上受けている場合）

	生活保護世帯	市民税非課税世帯Ⅰ	市民税非課税世帯Ⅱ	市民税均等割のみ又は市民税（所得割）が3万3千円未満の世帯	市民税（所得割）が3万3千円以上2万3千5百円未満の世帯	市民税（所得割）が2万3千5百円以上の世帯
一般	負担0円	負担上限月額	負担上限月額	負担上限月額	負担上限月額	自立支援医療対象外
重度かつ継続		2,500円	5,000円	5,000円	10,000円	負担上限月額20,000円

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	年齢	生年月日
受診者氏名		男・女	歳	平成 年 月 日
受診者住所				
病名		市記入欄	発症年月日	①先天性
				②平成 年 月 日
障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small>	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害			
医療の具体的方針				
治療	入院治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	} 通算 日間
	治療見込期間	通院治療回数並びに期間	年 月 日 ~ 年 月 日 回	
	訪問看護予定回数並びに期間	年 月 日 ~ 年 月 日 回	日間	
療費	入院治療費	円	} 計	円
	通院治療費	円		
	訪問看護等	円		
移送費見込額				円
医療費及び移送費合計額				円
治療後における障害の回復状況の見込				
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 ⑩				