

自立支援医療（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
	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		電話番号 ※2
	保護者住所 ※2	〒					
	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名				
負担額に関する事項	受診者と同一保険の加入者						
	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※5	あり・なし	姫路市・兵庫県（ ）第					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				
	(病院)						
	(薬局)						
受給者番号 ※6							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。							
(宛先) 姫路市長							
年 月 日				申請者氏名			

- ※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する。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 あり、なしのいずれかに○をする。ありの場合は手帳番号を記入する。
- ※6 再認定又は変更の方のみ記入する。

※申請書を提出する方（窓口へ来られた方）は本人確認書類（障害者手帳、健康保険証等）が必要です。

本人確認	障・保・免・マイ・パ・年・( )
------	------------------

ここから下の欄には記入しないでください。

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 市町民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額限度額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他の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					

〈 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。
  - ・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） **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 育成医療・更生医療・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害（移植後の抗免疫療法に限る）免疫機能障害

② 医療保険の高額療養費で多数該当の方

（申請時において、過去12ヶ月間に高額療養費の支給を3回以上受けている場合）

← 一定所得以下 →		← 中間所得層 →		← 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)
			育成医療の経過措置		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	
			重 度 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円