（様式第24号）

記入例

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1 | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | アショロ　タロウ | | | 年齢 | 00歳 | | 生年月日 | |
| 受診者氏名 | 足寄　太郎 | | | 昭和00年00月00日 | |
| フリガナ | アショロチョウキタ　ジョウ　チョウメ　バンチ | | | | 電話番号 | | 0156-25-2141 | |
| 受診者住所 | 〒089-3797 足寄町北1条4丁目48番地1 | | | | 個人番号 | | 0000－0000－0000 | |
| 受診者が1８歳未満の場合 | フリガナ | アショロ　ハナコ | | | | 受診者との関係 | | 母 | |
| 保護者氏名 | 足寄　　花子 | | | |
| フリガナ |  | | | | 電話番号  ※２ | |  | |
| 保護者住所※２ | 〒 | | | | 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 | 足　OOOOO | | 保険者名 | 足寄町 | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者 | 足寄　花子 | | | | | | | |
| 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 | | 北海道第ＯＯＯＯＯＯ号 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | |  | | |
| 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 | | | | |
| 足寄町国民健康保険病院  □□□□□□薬局 | | | 足寄町南2条3丁目1番地  足寄町南Ｏ条Ｏ丁目ＯＯ番地 | | | | |
| 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。なお、本申請に係る自己負担額認定にあたり、私の世帯の住民登録資料および税務資料の閲覧について承諾します。  　申請者氏名　　足寄　花子　　　印　※6  　　　　令和○年ＯＯ月ＯＯ日  　足寄町　　　様 | | | | | | | | | |

※1　該当する新規・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　チェックシート(1)～(4)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(5)を参照し、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。

※6　申請者氏名については、記名押印又は自署による署名のいずれかとすること。

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 | 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 |  | | | | |

（裏）

＜所得の区分に関するチェックシート＞

※　自立支援医療における「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」に関する所得区分について |

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

　　○課税の有無及び所得割の額が本町で確認できない場合、先の居住地における市民税所得課税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80万9千円以下ですか。

　（※収入とは障害年金、特別障害者手当等を含めた収入の合計額です。）

　　　　・80万9千円以下　　：「低1」に○をしてください。

　　　　・80万9千円を超える：「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民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。

　　　　・市民税額（所得割） 33,000円未満：「中間1」に○をしてください。

　　　　・市民税額（所得割）235,000円未満：「中間2」に○をしてください。

　　　　・市民税額（所得割）235,000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　じん臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害（心移植術後の抗免疫療法に限る。）、肝臓機能障害（肝臓移植術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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 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 |