

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名					年 月 日	
	住 所				電話番号	()	
	個人番号						
受診者が 場合18歳未満	フリガナ				受診者との関係		
	保護者氏名						
	保護者住所 ※2				電話番号 ※2	()	
	保護者個人番号						
負担額に関する事項	受診者の被保険者等 記号番号	記号	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 ※4	該当 ・ 非該当
身体障害者手帳	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日 □ 申請中		
	障害名	総合等級 () 級					
受診を希望する 指定医療機関		医 療 機 関 名			所 在 地 ・ 電 話 番 号		
	病 院				TEL: ()		
	薬 局				TEL: ()		
	訪問看護				TEL: ()		
変更日		年 月 日					
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。							受 付 印
申請者氏名							
年 月 日 (宛先) 大東市長							
申請書提出者	※申請者と同じ場合は右の口に入力、下記の記載を省略できます。 □申請者と同じ						
	氏 名				申請者との続柄		
	住所・電話番号				TEL: ()		

- ※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。
 ※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 再認定または変更の方のみ記入。

所得の区分に関する確認表

下の事項について、該当するところにチェックを入れてください。また、市民税が非課税世帯の方の場合は、更生医療を受けている方の収入についてご記入ください。

なお、自立支援医療という「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同じ国民健康保険に加入している方全員をいいます。

1 自立支援医療を受ける方が属する「世帯」は、生活保護を受けていますか。	☐ 受けている ⇒ 4 へ ☐ 受けていない ⇒ 2 へ
2 自立支援医療を受ける方が属する「世帯」は、市町村民税が課税されていますか。	☐ 課税されていない ⇒ 4 へ ☐ 課税されている ⇒ 3 へ
3 自立支援医療を受ける方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険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、次のどの金額に該当しますか。 ※国民健康保険に加入している方の場合「世帯」全員の市民税額（所得割）合算。健康保険に加入されている方は、健康保険の被保険者の市民税額（所得割）	☐ 3. 3万円未満 ☐ 2 3. 5万円未満 ☐ 2 3. 5万円以上 ⇒ 4 へ
4 重度かつ継続※に該当しますか。 ※重度かつ継続とは次のいずれかに該当する場合をいいます。 1) 腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害等に関する医療である方 2) 過去1年の間に高額療養費の支給を4回以上受けた方	☐ 該当する ☐ 該当しない

【収入申告欄】（医療を受診する方のみのことを記入してください）

私は、自立支援医療の申請にあたり下記のとおり収入の申告を行います。

申告者氏名

① _____ 年中の所得※1は次のどちらですか。	☐ 82万6千5百円以下である ☐ 82万6千5百円を超える	
② 現在、年金※2を受給していますか。	☐ 受給している ⇒ 3 へ ☐ 受給していない	
③ 現在受けている年金について、いずれかにチェックし、その年額を記入してください	☐ 障害基礎年金	円
	☐ 障害厚生（共済）年金	円
	☐ その他の公的年金等 （ ）	円

※1 所得とは、障害基礎年金、特別障害者手当等を含めた所得額をいいます。

※2 年金とは、障害基礎年金、障害厚生年金など障害を事由に支給される公的年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金などをいいます。

同意書

私は、自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市担当職員が障害者総合支援法第12条の規定に基づき、私及び私の世帯員の収入につき、市税務担当課の保有する課税台帳等の市民税関係公簿・市生活保護担当課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧および証明書の申請受領することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

また、転入の場合は、自立支援医療（更生医療・育成医療）給付に係る診断書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

年 月 日

（申請者）

住所 _____

氏名 _____

【育成医療の場合のみ記入】

受診者氏名（児童） _____

同一健康保険加入世帯員

※	(ふりがな) 氏 名	生年月日	続柄	住 所

※の欄は、健康保険が社会保険の場合に、被保険者の方の段に○を記入して下さい