

様式第32号その1 (第26条関係)

自立支援医療費支給認定申請書 (新規・再認定・変更) ※1
(育成医療)

令和 年 月 日

春日部市福祉事務所長 あて

春日部市

住所
申請(保護)者 氏名
電話番号 ()

下記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。

受診者	フリガナ		生年月日	H・R 年 月 日	
	氏名			(満 歳)	
	住所	〒 春日部市			
	個人番号				
保護者	フリガナ		続柄		
	氏名				
	住所	〒 春日部市			
	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		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	別紙、自立支援医療(育成医療)「世帯」調書のとおり			
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分 ※2	生保・中国・低1・低2 中間1・中間2・一定以上		重度かつ 継続 ※2	該当・非該当
身体障害者手帳番号	都道府県(市)第 号	受給者番号※3			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者等を含む。)	医療機関の名称	所在地・電話番号			
	(病院・診療所)				
	(薬局等)				
	(訪問看護事業者)				
治療方針の変更 ※4	有・無				
同意書					
決定にあたり、必要となる受診者の身体状況、世帯構成、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に照会し確認することに同意します。					
保護者氏名 _____					

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をすること。

※2 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※3 再認定又は変更の方のみ記入すること。 ※4 変更の方のみ該当する区分に○をすること。

負担額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（育成医療）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。
 - ・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。

※収入とは、地方税法上の合計所得金額、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の収入の合計額。

※「低1」に○をする場合は、障害年金等の公的年金・特別児童扶養手当等公的手当の証明書、振込通知書等を併せて提出してください。

- 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）について
 - (1) **住宅借入金等特別税額控除**を受けていますか。
 - ・受けている（控除額が分かる書類をご用意ください。）
 - ・受けていない
 - (2) 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。

※（1）で「受けている」に該当する場合には、当該控除の適用前の所得割額で○をつけてください。

 - ・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。

○ 重度かつ継続のチェック

「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 更生医療・・・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）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
- 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 5,000円	負担上限額 10,000円	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