

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1													
障 害 者	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ								電話番号				
	受診者住所												
	個人番号 (マイナンバー)												
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												
	受診者と同一保険 の加入者個人番号 (マイナンバー)												
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※3		該当 ・ 非該当			
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（薬局・訪 問看護事業者を含む）		医 療 機 関 名							所在地・電話番号				
		(医療機関)											
		(薬 局)											
受給者番号 ※4													
治療方針の変更※5		有 ・ 無						診断書の添付※5		有 ・ 無			
四日市市長 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 印 ※6 年 月 日 また、本決定に際し、私および世帯を同一にする世帯員の所得、課税、生活保護受給及び国民健康保険等の状況を 四日市市長が調査することに同意します。 申請者氏名 印 ※7 年 月 日													

※1 該当する医療の種類及び新規・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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※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 再認定または変更の方のみ記入。
※5 変更申請の場合のみ記入のこと。
※6 申請者氏名については、署名押印とすること。
※7 申請者氏名については、署名押印とすること。同意がない場合は、世帯情報、所得状況等必要書類を添付のこと。

----- 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	個人番号 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					

受付印

< 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。
- 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
- 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。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合には保護者（生計を一にする保護者のうち最多収入者）の収入が80万9千円以下ですか。
（※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、以下の方の市民税額（所得割）は、以下のどの金額に該当しますか。
- 対象：加入している保険が社会保険の場合→被保険者の市民税税額（所得割）
加入している保険が国民健康保険の場合→被保険者全員の市民税額（所得割）の合算
- 市民税額（所得割） 3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
 - 市民税額（所得割） 23万5千円未満：「中間2」に○をしてください。
 - 市民税額（所得割） 23万5千円以上：「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 腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害の方

② 医療保険多数該当の方（申請前の12ヶ月間で3回以上の医療保険高額療養費を受けた方）・・・
高額療養費支給通知書の写し、高額療養費の請求に係る医療機関の領収書等をご用意ください。）

「生保」	一定所得以下 「低1」	「低2」	中間的な所得 「中間1」 「中間2」		一定所得以上 「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