

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		年齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年
	個人番号				
	フリガナ		電話番号		
受診者住所					
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		受診者の属する被保険者証の記号及び番号		
	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	
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		電話番号	
受給者番号※4					
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 ㊟ ※5					
年 月 日					
ふじみ野市長 宛て					

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をすること。変更の場合、障害者欄及び変更のある事項のみ記入すること。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※4 再認定又は変更の方のみ記入すること。
- ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

認定に当たり必要となる収入等の状況について、官公署等に調査確認されることに同意します。	
申請者氏名 ㊟ ※5	
年 月 日	
ふじみ野市長 宛て	

..... 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		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			

負担額に関するチェックシート

〈所得区分に関するチェック〉

※ 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（生活保護受給世帯の証明書をご用意ください。）。
 - ・ 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）は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・ 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） 3万3千円以上23万5千円未満 : 「中間2」に○をしてください。
 - ・ 市町村民税額（所得割） 23万5千円以上 : 「一定以上」に○をしてください。

〈「重度かつ継続」に関するチェック〉

- 1 「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 精神通院医療
 - ・ F0 症状性を含む器質性精神障害
 - ・ F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
 - ・ F2 総合失調症、総合失調性型障害及び妄想性の障害
 - ・ F3 気分障害
 - ・ G40 てんかん
 - ・ その他 精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方
（詳しいことは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ねください。）

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	月額 負担上限額 2,500円	月額 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		
			月額 負担上限額 5,000円	月額 負担上限額 10,000円	月額 負担上限額 20,000円

※ 自己負担については1割負担（ 部分）
ただし、所得区分に応じて負担上限額があります。