

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 平成 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所					電話番号		
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所	※2				電話番号	※2	
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							
	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								
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			
受給者番号 ※5								
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※6 平成 年 月 日</p> <p>富士河口湖町長 殿</p>								

- ※1 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。
- ※6 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。（申請者氏名は保護者）

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

保健所記入欄

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・支援給付受給世帯の証明書 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	
自己負担上限額	月額 円	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

## 〈 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国民健康保険と国民健康保険組合の場合には一緒に加入している方全員を、それ以外の医療保険の場合には扶養者・被扶養者の関係にある方全員をいいます。住民票上の世帯とは異なる場合があります。

例 祖父：後期高齢 父：社会保険A 母：社会保険B 受診者：社会保険A 兄：国保 の場合  
祖父、父と受診者、母、兄の計4世帯になります。

○自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

1 受診者が属する「世帯」は生活保護・支援給付受給世帯ですか。

- ・受給世帯である場合 → 「生保」に○をしてください。
- ・受給世帯でない場合 → 2へ

2 受診者が属する「世帯」は、市町村民税（所得割・均等割）が課税されていますか。

- ・課税されていない場合 → 3へ
- ・課税されている場合 → 4へ

3 受給者（個人）の収入の合計額が、一人当たり、それぞれが80万円以下ですか。

※受給者（個人）とは、保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、現に受診者を監護する者）のことをいい、保護者が親である場合には両親（父母）となります。

- ・収入の合計額が80万円以下 → 「低1」に○をしてください。
- ・収入の合計額が80万円を超える場合 → 「低2」に○をしてください。

収入の合計金額とは、次の①～③の合計額をいいます。

①所得税法上の公的年金等の収入金額 ②地方税法上の合計所得金額

③厚生労働省令で定められる給付（障害年金・遺族年金・寡婦年金・障害一時金・障害給付・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当など）

※③がある場合、年金証書や通知書などの給付額が分かる書類を提出してください。

4 受診者が属する「世帯」は、市町村民税（所得割のみ）額の合計額がいくらですか。

- ・33,000円未満の場合 → 「中間1」に○をしてください。
- ・33,000円以上235,000円未満の場合 → 「中間2」に○をしてください。
- ・235,000円以上の場合 → 「一定以上」に○をしてください。

5 重度かつ継続（高額治療継続者）に該当するか。

- ・ 該当する場合 → 「該当」に○をしてください。
- ・ 該当しない場合 → 「非該当」に○をしてください。

【重度かつ継続】の該当者とは、次のいずれかに該当する方をいいます。

- ①心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る。）、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝移植後の抗免疫療法に限る。）又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有する者。
- ②受診者が、各医療保険法の高額療養費多数回該当の場合をいい、直近12ヶ月間に3回以上の高額療養費の支給を受け、4回目となる月の自己負担上限額が引き下がる者をいう。

### 〈 所得区分と負担上減額 〉

生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
負担上限額 0円	負担上限額 2500円	負担上限額 5000円	負担上限額 5000円	負担上限額 10000円	公費負担 の対象外
			重 度 負担上限額 5000円	か つ 負担上限額 10000円	継 続 負担上限額 20000円

### 〈 申請に必要な書類 〉

- ・ 自立支援医療費（育成）支給認定申請書
- ・ 意見書（指定医に記入してもらったもの）
- ・ 同意書（受診者と同一の保険に加入している方を記入）
- ・ 保険証の写し（受診者と同一の保険に加入している方全員分）
- ・ 印鑑

※所得に関する書類を提出していただく場合があります。

富士河口湖町に転入してきた方は、前自治体で課税証明書を発行し、提出してください。

所得区分が「低1」「低2」の方で、収入の合計金額に③がある方は、証書や通知書など、給付額が分かる書類を提出してください。