

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※ 1																				
障害者・児	ふりがな 受診者氏名											年齢	生 年 月 日							
	受診者住所											歳	年 月 日							
	個人番号											電話番号								
受診者が 18 歳未満の場合	ふりがな 保護者氏名											受診者との関係								
	保護者住所											電話番号								
	保護者個人番号																			
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	氏 名										個 人 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	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									
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。 たつの市長 様 年 月 日 申請者氏名																				

- ※ 1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※ 2 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 3 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※ 4 再認定または変更の方のみ記入

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

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					
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					

依 頼 書

たつの市長 様

私は、自立支援医療費（育成医療）の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。

年 月 日

申請者氏名

○必要書類

保険証

※世帯全員が市町村民税非課税の場合

収入状況が確認できる書類

例：障害基礎年金の振込通知書など

【参考】自立支援医療の対象者及び自己負担について

1 対象者は、従来の育成医療の対象者と同じで、一定所得未満の方になります。

2 育成医療の対象となる疾患は次のとおりです。

(1) 肢体不自由によるもの

(2) 視覚障害によるもの

(3) 聴覚、平衡機能障害によるもの

(4) 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの

(5) 内臓障害によるもの(心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓機能障害に限る。手術により、将来、生活能力を維持できる状態のものに限ることとし、いわゆる内科的治療のみのものは除く。)

(6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの

3 給付水準は、自己負担として1割負担 (部分) となります。

ただし、所得水準に応じて負担の上限額を設定しています。

また、入院時の食費（標準負担額）については自己負担となります。

生活保護世帯	一定所得以下		中間所得層		一定所得以上
	市町村民税非課税 世帯収入 ≤ 80万9,000円	市町村民税非課税 世帯収入 > 80万9,000円	市町村民税 < 3万3千円 (所得割)	3万3千円 ≤ 市町村民税 < 23万5千円 (所得割)	23万5千円 ≤ 市町村民税 (所得割)
生活保護 負担0円	低所得1※1 負担上限額 2,500円	低所得2 負担上限額 5,000円	中間所得層1※2 負担上限額 5,000円	中間所得層2※3 負担上限額 10,000円	一定所得以上 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			中間所得層1 負担上限額 5,000円	重 度 か つ 継 続 中間所得層2 負担上限額 10,000円	一定所得以上(重継)※4 負担上限額 20,000円