

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・変更）

<<裏面も記入してください。>>

※1

障がい者	フリガナ						年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名								<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	受診者住所	倉敷市					電話番号					
	個人番号											
負担額に関する事項	受診者の医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 倉敷市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護医療券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> それ以外の健康保険 * 保険証（本人及び被保険者のもの）（写） * 透析をされている方→特定疾病療養受療証（写）					同一医療保険の加入者					
	保険者名	* 倉敷市国保・後期高齢者医療制度加入者は省略可。					医療保険の記号・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	申請中 ・ 県・市 第 号											
受診を希望する医療機関名						所在地・電話番号						
医療機関												
薬局 * 院外処方の方のみ												
訪問看護 * 該当する方のみ												
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、本人および世帯員の自立支援医療給付に係る所得調査（手当等受給状況含む）・健康保険調査については同意します。												
申請者氏名 _____ ※4												
令和 年 月 日												
倉敷市 社会福祉事務所長 宛												

【添付書類】

- ①同意書及び収入申告書
- ②医療保険証の写し（人工透析の方は、『+特定疾病療養受療証の写し』）
- ③指定自立支援医療機関が作成した判定票（添付資料を含む）

【注意事項】

- ※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 申請者氏名については、自筆による署名とすること。

----- 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		受給者番号	
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（ ）				
備考	①じん臓機能障害（人工透析） 【特定疾病の有無 有 <input type="checkbox"/> 確認済（ / ） ・ 申請中 】 ②肢体不自由・聴覚・言語・音声・そしゃく・・・県身体障害者更生相談所にて来所判定 【判定希望日 月 日（ ）】 * 肢体不自由 毎月第1・2・4水曜日 受付12時～14時 レントゲンを持参 * 聴覚・言語・音声・そしゃく 毎月第1金曜日 受付9時～11時				

** こちらの面もご記入ください。 **

●チェックシート

下記の質問の該当するところに○をつけてください。

※ 自立支援医療における「世帯」とは、同一医療保険に加入している人（全員）をいいます。

表面の※2「該当する所得区分」の該当箇所におをつけてください。

◇「世帯の所得」に関する質問

所得の状況	区分	自己負担上限額		○印 記入欄
		高額治療継続者 (重度かつ継続) *	左記以外	
生活保護世帯	生保	0円	0円	
市町村民税非課税世帯かつ申請者の収入が80万以下 (年金・手当等を含みます。) *別途必要書類あり	低1	2,500円	2,500円	
市町村民税非課税世帯かつ申請者の収入が80万を超える (年金・手当等を含みます。)	低2	5,000円	5,000円	
世帯の市町村民税所得割額の合計が3万3千円未満	中間1	5,000円	医療保険の 自己負担限度額 (1割負担)	
世帯の市町村民税所得割額の合計3万3千円以上 23万5千円未満	中間2	10,000円		
世帯の市町村民税所得割額の合計が23万5千円以上	一定以上	20,000円	対象外	

* 低1に該当する方・・・障がい年金・遺族年金・手当等の収入額を確認できる書類を添付してください。
確認できない場合は、低2となります。

* 同一医療保険内に18歳までの親族を扶養している方・・・扶養親族申告書の提出が必要です。

表面の※3「重度かつ継続」の該当・非該当に○をつけてください。

◇下記①②③に該当する場合、「重度かつ継続」とする。

治療状況等	区分	追加で必要な書類
① 障がい内容が下記に該当する。 腎臓機能障がい 小腸機能障がい 免疫機能障がい 肝臓機能障がい	該当	
② 更生医療の対象となる医療が下記に該当する。 心臓機能障がいの心臓移植術及び抗免疫療法	該当	
③ 市民税課税世帯で、過去12ヶ月間に高額医療費の申請を3回以上おこなった。(わからない場合は加入している医療保険の窓口でお尋ねください。)	該当	加入している医療保険の窓口で発行する証明書
①②③のどちらにも該当しない。	非該当	