様式第42号(第33条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費(更生)支給認定申請書( 新規・再認定・変更 )　※1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | | | | | | | 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 |  |  |  |  | |  | |  | | | | | | |  |  | |  | | |  | |  | |  |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | |  | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号※2 | | | |  | | | | | |
| 保護者住所※2 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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※3 | | | | | | | 該当・  非該当 | | | | | 特定疾病療養受給者証併用の有無※4 | | | | | 有・無 | | 月負担上限額  　　　　　　円 | |
| 身体障害者手番号 | |  | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり自立支援医療費（更生）支給を申請します。また、関係医療機関に認定、却下等について通知する事に同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　申請者氏名  　　会津美里町長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **同　意　書**  私は、自立支援医療費(更生)支給認定のために世帯の住民登録、税務資料について、関係機関に調査、照会、閲覧する事に同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  １、本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５、世帯員氏名  　２、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６、世帯員氏名  　３、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　７、世帯員氏名  ４、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　８、世帯員氏名  ※対象者本人の公的年金等（遺族年金、障害者年金、特別障害者手当等）の受給　 無・有　　　（年間　　　　　　　　　円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類：①医療保険証の写し（同一保険加入者全員分）　②身体・精神障害者手帳の写し　③加入医療保険の特定疾病療養受給者証の写し

　　　　　④自立支援医療（更正医療）意見書　⑤障害者年金等の証書又は払込通知書、非課税の場合、収入の明記されたもの（通帳写し等）

※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　加入している医療保険の特定疾病療養受給者証（いわゆる「丸長」）の有無を確認し該当箇所に○をする。

※5　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。　　　　　　　　　　　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 | |
| 所得確認方法 | 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 |  | | |
| 診断書の提出 | 医療用(1年目)　・　医療用(2年目)　・　手帳用(1年目)　・手帳用(2年目)　・　手帳で新規 | | | | | |
| 備考 |  | | | | | |

（裏）

**〈　自立支援医療（更生医療）の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」に関しての質問**

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を納付し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）**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。

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、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る。）、肝臓移植障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る。）

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

「一定以上」

「生保」

「低１」

「低２」

「中間１」

「中間２」

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

２０，０００円

育成医療の経過措置

負担上限額　　　５，０００円

負担上限額　　　１０，０００円

負担上限額

　５，０００円

負担上限額

１０，０００円

６　特定疾病制度との併用の有無（所持の場合は必ず写しを添付すること）

　　加入している医療保険（国民健康保険、社会保険、共済組合等）の特定疾病療養受給者証を所持している場合は、今回申請する自立支援医療（更正医療）と併用となるので、併用の場合は「有」を選び、月負担上限額、1万円か2万円該当する箇所に印をつけ、写しを添付すること。