

## 自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更・期間延長）

※1

障害者・児	フリガナ		年齢	生年月日	
	受診者氏名				
	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および番号		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
	市町村民税の申告※4	未申告・申告済み			
	年金受給等※5	有・無	障害（基礎）・障害（厚生）・老齢・遺族		老齢年金以外の場合、年間受給額がわかるものを添付
	手当等受給※6	有・無	手当等の名称（ ）		手当の年間受給額がわかるものを添付
身体障害者手帳	有（手帳番号：第 号）・無・申請中				
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名		所在地・電話番号		
			〒 -		
			TEL ( ) -		
			〒 -		
			TEL ( ) -		
受給者番号※7					
治療方針の変更	有・無		特定疾病療養受領証※8	有・無・申請中	
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。					
申請年月日		年	月	日	申請者氏名

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 《所得区分の確認表》を参照し、該当すると思う区分に○をする。  
 ※4 未申告の場合は、市町村民税の申告を行う。  
 ※5 該当するものに○をする。  
 ※6 該当するものに○をし、「有」の場合は、手当の種類を記入。  
 ※7 再認定または変更の場合のみ記入する。  
 ※8 人工透析が必要な慢性腎不全の方または血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）HIV感染症の方のみ該当するものに○をする。

## ※3 《所得区分等の確認表》

該当する世帯	収入または市町村民税（所得割）	所得区分
生活保護世帯		生保
非課税世帯	申請者（保護者）の収入が80万円以下	低1
	申請者（保護者）の収入が80万円を超える	低2
課税世帯	市町村民税（所得割）が3万3千円未満	中間1
	市町村民税（所得割）が23万5千円未満	中間2
	市町村民税（所得割）が23万5千円以上	一定以上

重度かつ継続について

①または②の場合、重度かつ継続に該当します。

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のみ）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法のみ）で自立支援医療を申請する場合

②医療保険の高額療養費で、多数該当する場合