

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													
受診者	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名									平成・令和 年 月 日			
	住 所	〒						電話番号					
	個人番号												
保護者	フリガナ							受診者との続柄					
	氏 名												
	住 所 ※2	〒						電話番号 ※2					
	個人番号												
受診者の加入医療保険の記号及び番号								保険者名					
受診者と同一保険の加入者 個人番号	氏 名						個 人 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						
	病院・診療所												
	病院・診療所												
	薬 局												
	訪問看護事業者												
受給者番号 ※3								有効期限					
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 尼崎市長 様 令和 年 月 日 保護者氏名													

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。(裏面もご記入ください。)

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 更新、再申請、変更の場合に記入。

提出される個人番号は、自立支援医療費(育成医療)支給認定に係る事務のために利用されます。

ここから下の欄は記入しないでください

自治体記入欄

申請受付 年月日		受給者番号		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			高額治療継続	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			高額治療継続	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 生活保護受給世帯の証明証 その他				
備 考					

依 頼 書

尼崎市長 様

私は、自立支援医療費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。

令和 年 月 日

保護者氏名

< 所得の区分に関するチェックシート >

※自立支援医療制度における「世帯」とは受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

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、生活保護の認定を受けていますか。
☐ 受けている
☐ 受けていない: 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: 3へ
☐ 課税されている
- 3 受診者の保護者の収入がそれぞれ年間82万6,500円以下ですか。
 (※収入とは公的年金、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)
☐ 82万6,500円以下 (収入の内容:)
☐ 82万6,500円を超える

【以下、受付記入欄】

- 4 受診者が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が収めている
市町村民税(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」に該当
☐ 市町村民税額(所得割)3万3千円以上23万5千円未満 : 「中間2」に該当
☐ 市町村民税額(所得割)23万5千円以上 : 「一定以上」に該当
- 5 「高額治療継続者(重度かつ継続)」(※下記参照)に該当しますか。
☐ 該当する
☐ 該当しない

※「高額治療継続者(重度かつ継続)」の対象範囲とは、次のいずれかに該当する場合です。

- ①腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓・肝臓機能障害(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
 (申請前の12か月で3回以上、高額療養費の支給を受けている方)

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	自立支援医療の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
「高額治療継続者(重度かつ継続)」					
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

★中間的な所得、一定所得以上の自己負担上限額は、経過措置によるものです。このため、令和9年3月31日以降に見直される可能性があります。