

別記様式第1号

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	生 年 月 日		
	氏 名			歳	年 月 日		
	個人番号			電話番号 （ ） —			
	住 所	〒					
保護者	フリガナ			個人番号	受診者との続柄		
	氏 名						
	住 所 （受診者と異なる場合記入）	〒		電話番号 （ ） —			
負担額に関する事項	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						
	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 ※2	該当 ・ 非該当	
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 （再認定・変更のみ記入）				身体障害者手帳番号 （お持ちの方のみ記入）			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 年 月 日 申 請 者 氏 名 受診者との続柄 住 所 （受診者と異なる場合記入） （宛先）新潟市長							

※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 裏面のチェックシートを参照し、該当する箇所にも○をする。

-----ここから下の欄には記入しないでください-----

新潟市記入欄						
受給者番号				自己負担上限額	円	
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	保険種別 社会保険 ・ 国民健康保険	
市町村税	均等割額	円	収入等の状況 ※	所 得 円		
	所得割額	円		年金・手当 円		
所得確認書類		システム確認（税・国保・生保等参照） 平成 年 月 日 確認印 その他収入等を証明する書類（ ）				

※市町村民税非課税の場合で収入がある場合

チェックシート

< 重度かつ継続に関する質問 >

1. 「重度かつ継続」に該当しますか。

「重度かつ継続」の対象範囲は、

- ① 障害の種類が、心臓機能障害・腎臓機能障害・小腸機能障害・肝臓機能障害・免疫機能障害のうち特定の治療を受けている方
- ② 過去1年以内に医療保険の高額療養費の支給を3回以上受けた世帯の方
 - ・ 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。

～以下は、所得区分欄で世帯の所得状況が不明の方は、記入しなくても結構です～

< 所得の区分に関する質問 >

※ 「世帯」とは、児童（受診者）と同じ医療保険に加入している家族をいいます。

- ・ 国民健康保険：住民票上で同じ世帯の被保険者全員
- ・ 社会保険：被保険者と被扶養者

【児童が属する「世帯」に関する質問】

1. 児童が属する「世帯」は、生活保護の認定又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けていますか。

- ・ 受けている：「生保」に○をしてください。
- ・ 受けていない：2へ

2. 児童が属する「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
- ・ 課税されている：4へ

3. 児童が属する「世帯」の方の収入がそれぞれ80万9千円以下ですか。

（収入とは障害年金、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）

- ・ 80万9千円以下：「低1」に○をしてください。
- ・ 80万9千円を超える：「低2」に○をしてください。

4. 児童が属する「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。

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	育成医療の経過措置		公費負担の対象外 （医療保険の負担割合 ・負担限度額）
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	
			重 負担上限額 5,000円	度 か つ 継 負担上限額 10,000円	続 負担上限額 20,000円