

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											性別	男・女	生 年 月 日			年齢	歳
	受診者氏名													明治 大正 昭和 平成 令和				
	フリガナ											電話番号						
	受診者住所																	
	個人番号																	
受診者が十八歳未満の場合	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																	
	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①											受診者と同一保険の加入者個人番号①						
	受診者と同一保険の加入者②											受診者と同一保険の加入者個人番号②						
	受診者と同一保険の加入者③											受診者と同一保険の加入者個人番号③						
	受診者と同一保険の加入者④											受診者と同一保険の加入者個人番号④						
	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※4			該当 ・ 非該当			
身体障害者手帳記号及び番号											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、自立支援医療費の支給を申請します。																		
申請者氏名 印 ※6																		
令和 年 月 日 (あて先) 松本市長																		

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかへ○をする。障害者・児及び変更のある事項のみ記入。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3・※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入
 ※6 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。

..... ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

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			
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		
備考					

【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」は、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険により分かります。

健康保険や共済組合保険の場合 ⇒被保険者の所得(被保険者が非課税であれば、本人の所得)

後期高齢者医療保険の場合 ⇒同一生計で同一保険に加入している方全員の所得

国民健康保険の場合 ⇒同じ番号の国民健康保険に加入している方全員の所得

1 利用する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。

・受けている ⇒「生活保護」 ・受けていない ⇒ 2へ

2 利用する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割）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 ⇒4へ

3 利用する方の収入(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)は 80万円以下ですか。(利用する方が18歳未満の場合には、利用する方の保護者ひとりひとりが80万円以下ですか。)

・80万円以下 ⇒「低1」 ・80万円を超える ⇒「低2」

4 利用する方が属する「世帯」の市町村民税額（所得割のみ）は、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」

・市町村民税額（所得割） 23万5千円未満 ⇒「中間 2」

・市町村民税額（所得割） 23万5千円以上 ⇒「一定以上」

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」 ・該当しない:「重度かつ継続」の「非該当」

【重度かつ継続の範囲】

- ① 統合失調症・そううつ病・うつ病・てんかん・認知症等の脳機能障害・薬物依存関連障害(依存症等)
- ② 3年以上の精神医療の経験の有する医師により、計画的、集中的な通院医療を継続的に要すると判断された者として、認定を受けた人 **情動及び行動の障害の障害・不安及び不穏状態**
- ③ 医療保険の多数該当の人(過去1年間に3回以上、高額療養費を受けている人)

区分別1か月の自己負担上限額

区分	一定所得以下(非課税世帯)		中間的な所得(課税世帯)		一定所得以上※	
	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	
生活保護	本人収入 80万円未満	本人収入 80万円以上	市民税(所得割) 3万3千円未満	市民税(所得割) 3万3千円以上～ 23万5千円未満	市民税(所得割) 23万5千円以上	
自己負担上限額	0円	2,500円	5,000円	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		
			5,000円	10,000円	20,000円	

※ 自己負担上限額が一定以上の方は、経過的特例の対象者です。