

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

更新  
※1

|   |                                       |            |  |  |                  |  |   |              |        |                               |                                   |   |   |  |
|---|---------------------------------------|------------|--|--|------------------|--|---|--------------|--------|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| 障害者   | フリガナ                                  |            |  |  |                  |  |   | 年齢           | 歳      | 生年月日                          |                                   |   |   |  |
|   | 受診者氏名                                 |            |  |  |                  |  |   |              |        | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和          | 年                                 | 月 | 日 |  |
|   | 受診者住所                                 | 〒<br>岡山市 区 |  |  |                  |  |   | 電話番号         |        |                               |                                   |   |   |  |
|   | 個人番号                                  |            |  |  |                  |  |   |              |        |                               |                                   |   |   |  |
| 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         |        |                               | 特定疾病療養受療証番号 ※2<br>(人工透析・免疫療法の方のみ) |   |   |  |
|   |                                       |            |  |  |                  |  |   | (保険者番号 )     |        |                               |                                   |   |   |  |
|   | 受診者と同一保険の加入者                          | 氏名         |  |  | 住所(受診者と同じ場合は省略可) |  |   | 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 ※4   |              | 該当・非該当 |                               |                                   |   |   |  |
| 身体障害者手帳番号   | 市・県 第 号                               |            |  |  |                  |  | 身体障害者手帳等級   |              | 級      |                               |                                   |   |   |  |
| 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                        |            |  |  |                  |  | 希望する医療の内容   |              |        |                               |                                   |   |   |  |
|   | 薬局・訪問看護事業者等 所在地・電話番号                  |            |  |  |                  |  | 1. 心臓<br>2. 腎臓(人工透析療法※2、腎移植)<br>3. 肝臓 4. 肢体不自由<br>5. その他( ) |              |        |                               |                                   |   |   |  |
|   |                                       |            |  |  |                  |  |   |              |        |                               |                                   |   |   |  |
| 受給者番号 ※5  |                                       |            |  |  |                  |  | 手術予定日<br>透析導入日  | 令和 年 月 日     |        |                               |                                   |   |   |  |
| 変更事項 ※5   | <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関変更 |            |  |  |                  |  | <input type="checkbox"/> 医療の具体的方針の変更                        |              |        | <input type="checkbox"/> 期限延長 |                                   |   |   |  |
| 変更前 ※5<br>指定自立支援医療機関  | 令和 年 月 日まで受診                          |            |  |  |                  |  | 変更後 ※5<br>指定自立支援医療機関  | 令和 年 月 日から受診 |        |                               |                                   |   |   |  |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給について(新規・再認定・変更)申請します。<br/>なお、この申請につき、市長が私又は私の世帯員の税務関係情報等の調査を行うこと及び税務関係課等が回答することに同意します。</p> <p>岡 山 市 長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">(署名又は記名押印)</p> |                                       |            |  |  |                  |  |   |              |        |                               |                                   |   |   |  |

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合、「障害者」欄及び変更のある事項のみ記入。  
 ※2 人工透析療法の場合には、「特定疾病療養受療証」をご持参ください。  
 ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。  
 ※4 裏面を参照し、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する。

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<br>かつ<br>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<br>かつ<br>継続 | 該当・非該当 |  |  |  |
| 所得確認方法   | 個人番号 市町村住民税課税証明書 市町村住民税非課税証明書 標準負担額減額認定証<br>確定申告書の控 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       |  |  |  |       |          |  |                |        |  |  |  |

## 申請書の「該当する所得区分」「重度かつ継続」について

※ 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・後期高齢者医療制度の場合には同一制度に加入している方全員をいいます。（保険単位で「世帯」を判断します。）

### ○ 申請書の「該当する所得区分」について

- 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る、又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立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
- 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。
  - ※ 支給開始月が4～6月の方は、前年度の課税状況で判断します。
  - 支給開始月が7～翌3月の方は、当該年度の課税状況で判断します。
  - 課税されていない → 3へ（場合によっては、市町村民税非課税証明書等が必要です。）
  - 課税されている → 4へ（場合によっては、市町村民税課税証明書が必要です。）
- 自立支援医療を受診する方の年間収入が82万6,500円以下ですか。
  - ※ 収入とは、以下の合計額
    - ・ 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額（給与所得、退職所得金額等の合計）
    - ・ 所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額（国民年金法、厚生年金保険法、公務員等の共済組合法などの規定による年金、確定給付企業年金契約に基づいて支給される年金等）
    - ・ 厚生労働省令で定める給付（障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害一時金、障害補償給付等）
  - ※ 支給開始月が1～6月の方は、前々年（1月～12月）の収入金額で判断します。
  - 支給開始月が7～12月の方は、前年（1月～12月）の収入金額で判断します。
  - 何も収入がない方 → 「低1」に○をし、市民税申告書の写し等収入状況が分かる証明書が必要です。
  - 82万6,500円以下 → 「低1」に○をしてください。[\*収入金額がわかる証明書等が必要です。（例：年金通知書（源泉徴収票）又は年金の振り込まれている通帳の写し）]
  - 82万6,500千円を超える → 「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、健康保険（被用者保険）加入者は被保険者本人、国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者については同一加入関係にある者全員の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。（国民健康保険・後期高齢者医療制度加入者は合算額）
  - 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。

### ○ 「重度かつ継続」について

- 「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

- 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）肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方

#### [所得区分表]

| ← 一定所得以下   |                         | ← 中間的な所得                |                                    | 一定所得以上 →                  |   |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|---|
| 「生保」<br>0円 | 「低1」<br>負担上限額<br>2,500円 | 「低2」<br>負担上限額<br>5,000円 | 「中間1」<br>定率1割負担<br>負担上限額<br>5,000円 | 「中間2」<br>負担上限額<br>10,000円 | 「一定以上」<br>[非該当]<br>負担上限額<br>(*1)20,000円 |
| 「重度かつ継続」   |                         |                         |                                    |                           |   |

(\*1)市町村民税(所得割)が23万5千円以上で「重度かつ継続」の世帯の方が自立支援医療の支給対象となるのは令和9年3月31日までの経過措置です。