

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定<継続>・変更) ※1													
障害者・児	フリガナ							性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名											年 月 日	
	フリガナ	( ー - )						電話番号		( )			
	受診者住所							その他の連絡先		( )			
個人番号													
保護者	フリガナ							生年月日		受診者との関係			
	保護者氏名							年 月 日					
	フリガナ	( ー - )						電話番号		( )			
	保護者住所							その他の連絡先		( )			
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	記号					番号				保険者番号		
	受給者と同一保険の加入者							重度かつ継続		該当・非該当			
	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											
身体障害者手帳番号 ※3	番号					障害の名称				等級	級		
受診を希望する指定自立支援医療機関 ※原則1か所ずつに限ります。	医療機関名						所在地・電話番号						
	(病院・診療所)												
	(薬局)												
	(訪看)												
受給者番号 ※4													
私は上記のとおり、自立支援医療の支給認定を申請します。 〒 - 申請者住所 フリガナ 申請者氏名 受診者との続柄 ( ) 年 月 日 (宛先) 東大阪市長										保健センター受付印			

- ※1 新規・再認定<継続>・変更(自己負担限度額認定の申請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 裏面チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※3 身体障害者手帳の交付を受けている場合のみ記入する。
- ※4 再認定<継続>または変更の場合のみ記入。

ここから下の欄は記入しないでください。

東大阪市記入欄

個人番号確認方法 (保健センター記入欄)	<input type="checkbox"/> 申請者提出書類 <input type="checkbox"/> その他	
加入医療保険確認方法 (保健センター記入欄)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証及びマイナポータルの資格情報画面 <input type="checkbox"/> マイナ保険証のみ <input type="checkbox"/> 別添のとおり	

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	該当・非該当
所得確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類( )		
前回の受給者番号	前回の有効期間	年 月 日～	年 月 日
今回の受給者番号	今回の有効期間	年 月 日～	年 月 日
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」とは、自立支援医療を受診する方が加入している健康保険が社会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、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

### ○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

1 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 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税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

**※同意書兼世帯状況申出書をご記入下さい**

3 自立支援医療を受診される方の収入が80万9千円以下ですか。(自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ80万9千円以下ですか。)

※ 収入とは①～③の合計額を指します。

① 地方税法上の合計所得金額

② 障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金)

③ 特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)

- ・ 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 自立支援医療を受診する方が属する「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。

5 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。

- ・ 該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。
- ・ 該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① 育成医療 ----- 腎臓機能障害(人工透析・腎移植後の抗免疫療法)  
 小腸機能障害(中心静脈栄養法による医療)  
 免疫機能障害(HIV感染に対する治療)  
 心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法)  
 肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法)
- ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方

← 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	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
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	つ 継 続
			負担上限額 20,000円		

← 経過的特例対象者

**※経過的特例対象者の受給者証の有効期限は令和9年3月31日まで**