

第1号様式

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書(新規・再認定)

目黒区長 宛て

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

また、この申請に必要な住民基本台帳・所得情報について、目黒区が調査することに同意します。

本人	フリガナ			年齢	性別	生年月日
	氏名	(姓)	(名)		男・女	年 月 日
	住所	〒 - 電話 ( )			個人番号	
保護者	氏名	(姓)	(名)	本人との関係	父・母・その他 ( )	
	住所	〒 - 電話 ( )			個人番号	
保護者の被保険者証	記号		番号	保険者番号		
同一保険の加入者				個人番号	世帯調書に記入	
該当する所得区分※	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
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（再認定の場合のみ記入）						

※ 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

----- 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	所得確認書類	所得区分	認定日	年 月 日
	・市町村民税又は特別区民税課税証明書 ・市町村民税又は特別区民税非課税証明書	生保・低1・低2	認定期間	年 月 日～
		中間1・中間2・一定以上		年 月 日
	・標準負担額減額認定証	重度かつ継続	受給者番号	
	・生活保護受給世帯の証明書	該当・非該当	疾病コード	
	・その他収入等を証明する書類 ( )	入院 日	補装具	有・無
通院 回 日		交付日	年 月 日	
備考：自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月の場合は前年度、7月から3月の場合は、当年度の課税状況を証明する書類。また、非課税であることから税制上の申告をしておらず、非課税の確認が取れない場合、所得区分を⑥一定所得以上として取り扱う。				

## 〈所得区分に関するチェックシート〉

※以下の「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による世帯です。

受診者が社保の場合→扶養・被扶養の関係にあるかた全員

受診者が国民健康保険、国民健康保険組合の場合→同じ保険に加入しているかた全員

### ○ 自立支援医療を受診するかたが属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診するかたが属する「世帯」は、生活保護または中国残留邦人等に係る支援給付受給世帯の認定を受けていますか。
  - 受けている : 区分「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かたが属する「世帯」は、区民税（均等割か所得割のいずれかまたは両方）が課税されていますか。
  - 課税されていない : 3へ（区民税非課税証明書をご用意ください。）
  - 課税されている : 4へ（区民税の課税額がわかる書類をご用意ください。）
- 自立支援医療を受診するかたの保護者の収入はそれぞれ80万円以下ですか。  
（※収入とは、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）
  - 80万円以下 : 区分「低1」に○をしてください。
  - 80万円を超える : 区分「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診するかたが属する「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かたが納めている区民税（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
  - 区民税（所得割） 33,000未満 : 区分「中間1」に○をしてください。
  - 区民税（所得割） 235,000未満 : 区分「中間2」に○をしてください。
  - 区民税（所得割） 235,000以上 : 区分「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※以下参照）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

①腎機能障害、小腸機能障害、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）、免疫機能障害

②医療保険の高額医療費で多数該当のかた

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 医療保険の自己負担限度額 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 負担上限額 5,000円	度 負担上限額 10,000円	か 負担上限額 20,000円