

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1

受信者	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	受診者氏名		男・女	歳	昭和 平成 令和 年 月 日	
	個人番号					
未 満 の 場 合 18 歳	フリガナ		受診者との関係	電話番号		
	保護者氏名					
	個人番号		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ			
	受診者住所	〒 - 宜野座村字(松田・宜野座・惣慶・漢那)				
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		※保険証の写しを添付	
	受診者同一保険の加入者 ※2				※保険証の写しを添付	
	個人番号					
	保護者または受診者(18歳以上)の障害年金・遺族年金等の受給の有無 ※3	無・有	障害年金(級)・遺族年金			※年金改訂通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付
	保護者または受診者(18歳以上)の特別児童扶養手当等の受給の有無 ※3	無・有	特別障害者手当・障害児福祉手当 経過的福祉手当・特別児童扶養手当			※手当での受給者証等の確認できる書類の写しを添付
	該当する所得区分 ※4	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	沖縄県 第 号		受給者番号 ※4			
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		
	(病院)				TEL	
	(薬局)				TEL	
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 ※5			
宜野座村長 殿						

※1 該当する医療の種類及び新規・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 健康保険など被用者保険の加入者は被保険者のみ、国民健康保険又は後期高齢者医療保険制度の加入者は被保険者全員を記入して下さい。
 ※3 受給開始時期が前年または当年の場合は、その時期（○年○月受給開始）を余白に記入して下さい。
 ※4 該当すると思う区分に○をつけて下さい。（裏面のチェックシート参照）
 ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- 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	
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
所得確認書類	市町村民税課税証明書等 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()				
保護者または受診者(18歳以上)の収入額(低1・低2)	(右の合計額)	合計所得金額	円	(右の合計額)	合計所得金額
		障害年金等の金額	円		障害年金等の金額
		円 特別児童扶養手当等額	円		円 特別児童扶養手当等額
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」とは、自立支援医療を受診する児童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。住民票上の家族ではありません。

- 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：生活保護受給証明書をご用意ください。
 - ・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（均等割か所得割）が課税されていますか。
→ 世帯調書及び税額調書をご用意ください。
 - ・課税されていない：3へ
 - ・課税されている：4へ
 - 3 自立支援医療を受診する児童の保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。
 - ・収入の合計額が80万円以下（収入≤80万円）：「低1」に該当します。
 - ・収入の合計額が80万円を超える（収入>80万円）：「低2」に該当します。

※収入とは、「地方税法上の合計所得金額」「障害年金等」「特別児童扶養手当や特別障害者手当」等を含めた収入の合計額をいいます。
「合計所得金額」・・・世帯調書及び税額調書で確認します。
「障害年金・遺族年金等」・・・年金証書など、年金額の確認できる書類をご用意ください。
「特別児童扶養手当等」・・・認定通知書など、手当額の確認できる書類をご用意ください。
※保護者とは、「世帯」に関係なく、自立支援医療を受診する児童の親権者（父母等）、未成年後見人等をいいます。

- 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を納付し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」に該当します。
 - ・市町村民税額（所得割）3万3千円以上23万5千円未満：「中間2」に該当します。
 - ・市町村民税額（所得割）23万5千円以上：「一定以上」に該当します。
- 5 「重度かつ継続」に該当する場合、高額療養費の支給通知の写し等、医療保険の多数該当者であることわかる書類をご用意ください。
※「重度かつ継続」の対象範囲
 - ① 腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害
 - ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方
申請前の12ヶ月間に、自立支援医療を受診する児童（受診者）と同じ医療保険に加入している方が3回以上高額療養費の支給を受けた月がある場合をいいます。