

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ			年齢	生 年 月 日		
	受診者名	(マツパ - :)		歳	年 月 日		
	受診者住所			電話番号			
保護者	フリガナ			生 年 月 日			
	保護者氏名	(マツパ - :)		年 月 日			
	保護者住所 (受診者と異なる場合のみ)			受診者との関係			
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			保険者番号			
	受診者と同一保険の加入者 (世帯全員、受診者を除く)	氏名			氏名		
		生年月日	年 月 日	マツパ -	生年月日	年 月 日	マツパ -
		氏名			氏名		
		生年月日	年 月 日	マツパ -	生年月日	年 月 日	マツパ -
		氏名			氏名		
生年月日	年 月 日	マツパ -	生年月日	年 月 日	マツパ -		
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			重度かつ継続※2	該当 ・ 非該当		
身体障がい者手帳番号							
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 ※3							
特定疾病療養費受領証 ※4							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>年 月 日</p> <p>藤沢市長</p>							

- ※1 申請する内容に○をする。変更とは自己負担額及び指定医療機関を変更する時です。再認定とは診療内容や治療期間に変更があって再判定をする時です。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思うものに○をしてください。
- ※3 再認定または変更の方のみ記入。
- ※4 人工透析を受ける方については、本申請書と併せて特定疾病療養費受領証の写しを提出してください。
- ※5 生活保護を受給している場合は生活保護受給証明書を提出してください。

..... 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

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
所得確認書類	市民税（課税・非課税）証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		生活保護受給世帯の証明書
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の住民票または住民記載事項証明		
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考			

【育成医療 所得区分に関するチェックシート】

自立支援医療（育成医療）における「世帯」とは、受診する方と同じ医療保険に加入している方をいいます。「世帯」の所得区分の算定には、健康保険や共済組合の場合には被保険者本人、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被保険者全員の所得を確認します。

- 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。
(生活保護受給証明書を提出してください。)
 - 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。
 - 課税されていない・・・3へ
 - 課税されている・・・4へ
- 自立支援医療を受診する方の保護者全員の収入は、それぞれ80万円以下ですか。
(収入とは、障がい年金・特別児童扶養手当等を含めた収入の合計額です)
 - 80万円以下・・・「低1」に○をしてください。
 - 80万円を超える・・・「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、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、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。
- 「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」：次の①または②のどちらかに該当する場合

- ①申請前12ヶ月間において3回以上高額療養費制度の適用を受けた場合
- ②腎臓機能障がい・小腸機能障がい・免疫機能障がい・心臓機能障がい（心臓移植後の抗免疫療法に限る）・肝臓機能障がい（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）

一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	市民税非課税 本人収入 ≤ 80万円	市民税非課税 本人収入 > 80万円	市民税 < 3万3千円 (所得割)	3万3千円 ≤ 市民税 < 23万5千円 (所得割)	23万5千円 ≤ 市民税 (所得割)
生活保護 負担上限額 0円	低所得1 負担上限額 2,500円	低所得2 負担上限額 5,000円	中間所得層1 負担上限額 5,000円(*)	中間所得層2 負担上限額 10,000円(*)	対象外
			重度かつ継続		
			中間所得層1 負担上限額 5,000円(*)	中間所得層2 負担上限額 10,000円(*)	一定所得以上 負担上限額 20,000円(*)

(*)は経過措置

自立支援医療（育成）
世帯状況届兼同意書

年 月 日

【同意事項】

自立支援医療（育成）の認定に係る自己負担額の算出に必要なため、市が保有する次の情報を市長が利用することに同意します。

- * 市民税の課税状況
- * 生活保護の有無
- * 特別障がい者手当及び障がい児福祉手当の支給状況
- * 特別児童扶養手当の支給状況

※収集した個人情報、他の目的に使用されることはありません。

保護者	住所	電話番号 ()
	氏名	
【世帯状況】（該当に☑をつける）		
<input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当受給 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当受給 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給		

世帯員氏名 (医療保険同一世帯)	生年月日	続柄	同意欄（該当する箇所には○をつけてください）					備考
			所得証明	特別障がい者手当の支給状況	障がい児福祉手当の支給状況	特別児童扶養手当の支給状況	生活保護の有無	
		受診者						
		保護者						

- 受診者本人と同じ医療保険（国保・健康保険組合・共済組合等）に加入している世帯員について記名してください。
- 上記の同意事項に同意される方は、同意される項目ごとに○を記入してください。
同意されない項目で認定に必要とされる書類は、申請者の方に提出していただくことになります。

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日 年 月 日
受診者住所				
病名		発症年月日	年 月 日	
障がいの種類 (該当するものに○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障がい (3) 聴覚・平衡機能障がい (4) 音声・言語・そしゃく機能障がい (5) 心臓機能障がい (6) 腎臓機能障がい (7) 小腸機能障がい (8) 肝機能障がい (9) その他内臓障がい (10) 免疫機能障がい			
医療の具体的方針				
	治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算 日間
		通院治療回数並びに期間	回 日間	
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間	
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計 円
		通院治療費	円	
		訪問看護等	円	
移送費見込額				円
医療費及び移送費合計額				円
治療後における障がいの回復状況の見込				
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 (自署)				

記入例

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ	フジサワ ハナ		年齢	生年月日		
	受診者名	藤沢 花 (マイナンバー：〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		歳	2018年 8月 1日		
	受診者住所	藤沢市朝日町1-1		電話番号	080-1111-1111 (父)		
保護者	フリガナ	フジサワ カズオ		生年月日			
	保護者氏名	藤沢 和男 (マイナンバー：〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		1990年 9月 1日			
	保護者住所 (受診者と異なる場合のみ)			受診者との関係	父		
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	(保険証を見て記載してください)		保険者番号	(保険証を見て記載してください)		
	受診者と同一保険の加入者 (世帯全員、受診者を除く)	氏名	藤沢 洋子		氏名	藤沢 和也	
		生年月日	1993年 7月 1日	マイナンバー 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	生年月日	2020年 6月 1日	マイナンバー 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		氏名			氏名		
		生年月日	年 月 日	マイナンバー -	生年月日	年 月 日	マイナンバー -
		氏名			氏名		
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			重度かつ継続※2	該当・ 非該当		
身体障がい者手帳番号	なし						
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			
	〇〇〇病院			(医療機関の住所・電話番号を記載してください)			
受給者番号 ※3							
特定疾病療養費受領証 ※4							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 藤沢 和男</p> <p>年 月 日 ←申請日</p> <p>藤沢市長</p>							

- ※1 申請する内容に○をする。変更とは自己負担額及び指定医療機関を変更する時です。再認定とは診療内容や治療期間に変更があって再判定をする時です。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思うものに○をしてください。
- ※3 再認定または変更の方のみ記入。
- ※4 人工透析を受ける方については、本申請書と併せて特定疾病療養費受領証の写しを提出してください。
- ※5 生活保護を受給している場合は生活保護受給証明書を提出してください。

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

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
所得確認書類	市民税（課税・非課税）証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		生活保護受給世帯の証明書
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 配偶書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の住民票または住民記載事項証明		
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考			

記入例

自立支援医療（育成）
世帯状況届兼同意書

申請日→

年 月 日

【同意事項】

自立支援医療（育成）の認定に係る自己負担額の算出に必要なため、市が保有する次の情報を市長が利用することに同意します。

- * 市民税の課税状況
- * 生活保護の有無
- * 特別障がい者手当及び障がい児福祉手当の支給状況
- * 特別児童扶養手当の支給状況

※収集した個人情報、他の目的に使用されることはありません。

保護者	住所	藤沢市朝日町1-1		電話番号	080 (1111) 1111
	氏名	藤沢 和男			
	【世帯状況】（該当に☑をつける）	該当するものすべてに☑してください			
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当受給	<input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当受給	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給		

世帯員氏名 （医療保険同一世帯）	生年月日	続柄	同意欄（該当する箇所には○をつけてください）					備考
			所得証明	特別障がい者手当の支給状況	障がい児福祉手当の支給状況	特別児童扶養手当の支給状況	生活保護の有無	
藤沢 花	2018.8.1	受診者		○	○	○	○	
藤沢 和男	1990.9.1	保護者	○	○	○	○	○	
藤沢 洋子	1993.7.1	母	○	○	○	○	○	
藤沢 和也	2020.6.1	弟		○	○	○	○	

- 受診者本人と同じ医療保険（国保・健康保険組合・共済組合等）に加入している世帯員について記名してください。
- 上記の同意事項に同意される方は、同意される項目ごとに○を記入してください。
同意されない項目で認定に必要なとされる書類は、申請者の方に提出していただくことになります。

同意書

下記の者は、藤沢市子育て給付課が藤沢市特定の個人を識別するための番号の利用に関する条例第3条及び藤沢市自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱第2条に基づく事務手続を処理するために限り、マイナンバー制度による情報連携によって、この事業に必要な年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意書	受診者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	____年1月1日 住所登録地	(市区町村名のみ)
同意書	受診者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	____年1月1日 住所登録地	(市区町村名のみ)
同意書	受診者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	____年1月1日 住所登録地	(市区町村名のみ)
同意書	受診者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	____年1月1日 住所登録地	(市区町村名のみ)

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。