

様式第19号（第18条、第20条関係）

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			
フリガナ 受診者氏名		年齢	生年月日
フリガナ 受診者住所	(〒 )		
個人番号		電話番号	
フリガナ 保護者氏名		受診者との関係	
フリガナ 保護者住所※2	(〒 )		
個人番号		電話番号※2	
受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名	
受診者と同一保険の加入者及び加入者個人番号	別添提出の自立支援医療（育成）「世帯」調書のとおり。		
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		精神障害者保健福祉手帳番号	
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※5			
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 （宛先）さいたま市保健所長 申請者氏名  ※6			

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担上限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 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 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。
- ※4 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。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については自署又は記名押印。

※課税状況確認同意欄	
自立支援医療（育成医療）支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について、税務担当部署へ照会・確認することに同意します。また、このことは私の世帯員の同意を得ています。 年 月 日 （宛先）さいたま市保健所長 申請者 住所 氏 名  ※6	

----- 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
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

○ 負担額に関するチェックシート ○

＜所得区分に関するチェック＞

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療（育成）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・国民健康保険組合の場合には、一緒に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療（育成）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（育成）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（育成）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。（市町村民税の課税額が分かる証明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（育成）を受診する方の保護者の年間収入が**全員80万円以下**ですか。（※年間収入とは、年金収入+年金所得以外の給与所得等+障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等の合計額）
  - ・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。
  
- 4 自立支援医療（育成）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被保険者の市町村民税額（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。

＜重度かつ継続のチェック＞

- 1 「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

- ① 腎臓、小腸、心臓（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓（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 かつ 継 続		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

※この自己負担上限額表は、令和6年3月31日まで延長されました。

記入例

申請の内容に○をしてください。

医療を受ける方の名前をご記入ください。				医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1			
フリガナ	オオミヤ ハナオ	年齢	8 歳	生 年 月 日	令和〇〇年△△月××日		
受診者氏名	大宮 花男						
フリガナ	サイタマシ オオミヤク キシキチョウ						
受診者住所	(〒330-0843) さいたま市大宮区吉敷町〇-△-×						
個人番号	〇〇〇〇 △△△△ ××××	電話番号	〇〇〇-△△△-×××				
フリガナ	オオミヤ ハナコ	受診者との関係	母				
保護者氏名	大宮 花子						
フリガナ	サイタマシ ウラワク キシチョウ						
保護者住所※2	(〒330-0073) さいたま市浦和区元町〇-△-×						
個	受給者の被保険者証の記号及び番号			電話番号※2		△△△-×××-〇〇〇	
受診者の被保険者証の記号及び番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	保険者名	〇〇〇〇健康保険組合				
受診者と同一保険の加入者及び加入者個人番号	別添提出の自立支援医療（育成）「世帯」						受診者が加入している保険者名をご記入ください。
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	1 2 3 4 5 6 7 8 9	精神障害者保健	9 8 7 6 5 4 3 2 1				
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）	裏面チェックシートを参考に該当する項目を選択してください。						
	〇〇〇〇病院	病院は原則一か所のみ。意見書に院外処方ありの文言がある際は利用予定の薬局も記載してください。					
	△△△△薬局						
	××××事業所						
受給者番号※5							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給				既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記載してください。			
平成〇〇年△△月××日							
(宛先) さいたま市保健所長							
申請者氏名 大宮 花子				印 ※6			

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担上限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 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 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。
- ※4 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。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については自署又は記名押印。

※課税状況確認同意欄 同意いただいても審査の結果、所得証明書等を提出いただく場合もありますので予めご了承ください。

自立支援医療（育成医療）支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について、税務担当部署へ照会・確認することに同意します。また、このことは私の世帯員の同意を得ています。

令和〇〇年△△月××日

(宛先) さいたま市保健所長

申請者 住所 さいたま市浦和区元町〇-△-×

氏名 大宮 花子 印 ※6

----- 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	
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					