

| 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                                                                                                                                                                                                                | 歳                                     | 生年月日   |     |  |
|                                   | 受診者氏名          |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       | 平成令和   | 年月日 |  |
|                                   | 受診者住所          |                       | 〒 <div><div></div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>大阪市</div> 区 |  |         |  | 電話番号                                                                                                                                                                                                              | ( ) -                                 |        |     |  |
| 個人番号                              |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |                                       |        |     |  |
| 保護者                               | フリガナ           |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  | 受診者との関係                                                                                                                                                                                                           |                                       |        |     |  |
|                                   | 保護者氏名          |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
|                                   | 保護者住所※2        |                       | 〒 <div><div></div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>                  |  |         |  | 電話番号※2                                                                                                                                                                                                            | ( ) -                                 |        |     |  |
| 個人番号                              |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |                                       |        |     |  |
| 負担額に関する事項                         | 受診者の加入医療保険※3   | 記号                    |                                                                                                                                                 |  | 保険者番号※3 |  | 保険者名※3                                                                                                                                                                                                            | 被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済）/国保（職種別・市町村）/後期高齢 |        |     |  |
|                                   |                | 番号                    |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
|                                   | 受診者と同一保険の加入者※3 |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
| 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 |     |  |
| 身体障がい者手帳番号                        |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  | 精神障がい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。       |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
| 申請者氏名                             |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
| 令和 年 月 日                          |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |
| 大 阪 市 長                           |                |                       |                                                                                                                                                 |  |         |  |                                                                                                                                                                                                                   |                                       |        |     |  |

※1 新規・再認定・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 受診者本人と異なる場合に記入。  
※3 生活保護受給中（健康保険未加入に限る）の場合は記入不要。  
※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 再認定または変更の方のみ記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

| 大阪市記入欄           |                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                       |  |        |        |             |  |  |  |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----------------------|--|--------|--------|-------------|--|--|--|
| 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 | 保健福祉センター受付印 |  |  |  |
| 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           | 市民税課税台帳 生活保護受給者台帳 市町村民税課税証明書<br>市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書<br>その他収入等を証明する書類（年金証書、振込通知書、手当証書、）                                                                                                            |  |         |                       |  |        |        |             |  |  |  |
| 前回の受給者番号         | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |  | 前回の有効期間 | H・R 年 月 日 ～ H・R 年 月 日 |  |        |        |             |  |  |  |
| 今回の受給者番号         | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |  | 今回の有効期間 | R 年 月 日 ～ R 年 月 日     |  |        |        |             |  |  |  |
| 申請者の個人番号<br>確認書類 | □個人番号カード【A-0】 □通知カード【A-1】 □総合福祉システム【A-4】<br>□個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書【A-2】                                                                                                                                     |  |         |                       |  |        |        | 進 達 年 月 日   |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                                                   |  |         |                       |  |        |        |             |  |  |  |

## 〈 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。

### ○ 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。
  - ・均等割・所得割の両方とも課税されていない：3へ
  - ・均等割か所得割のいずれか又は両方、課税されている：4へ
- 3 自立支援医療を受診する方の保護者の収入が「世帯」にかかわらず保護者全員それぞれ82万6千500円以下ですか。
 

(※収入とは、地方税法上の合計所得金額に、障がい年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過的福祉手当等を含めた収入の合計額)

  - ・82万6千500円以下：「低1」に○をしてください。
  - ・82万6千500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。

自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が…  
 ①健康保険や共済組合の場合  
 被保険者本人の市町村民税額（所得割）の金額  
 ②国民健康保険の場合  
 一緒に国民健康保険に加入している方全員の市町村民税額（所得割）を合算した金額  
 がどれに該当しますか。

### ※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① 腎臓機能障がい（人工透析・腎移植術後の抗免疫療法のみ）、小腸機能障がい（中心静脈栄養法による治療のみ）、免疫機能障がい、心臓機能障がい（心臓移植術後の抗免疫療法のみ）、肝臓機能障がい（肝臓移植術後の抗免疫療法のみ）をお持ちの方
- ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方  
 （受診する方の属する世帯において、申請前の12か月間に3回以上高額療養費の支給を受けた月があるとき）

| 一定所得以下       |                           |                           | 中間所得層                     |                            | 一定所得以上                     |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 生活保護世帯       | 市町村民税非課税<br>世帯収入≤82万6千500 | 市町村民税非課税<br>世帯収入>82万6千500 | 市町村民税（所得割）<br><3万3千       | 3万3千≤市町村民税<br>（所得割）<23万5千  | 市町村民税（所得割）<br>≥23万5千       |
| 生活保護<br>負担0円 | 低所得1<br>負担上限額<br>2,500円   | 低所得2<br>負担上限額<br>5,000円   | 中間所得層1<br>負担上限額<br>5,000円 | 中間所得層2<br>負担上限額<br>10,000円 | 一定所得以上<br>対象外              |
|              |                           |                           | （ 重 度 か つ 継 続 ）           |                            |                            |
|              |                           |                           | 中間所得層1<br>負担上限額<br>5,000円 | 中間所得層2<br>負担上限額<br>10,000円 | 一定所得以上<br>負担上限額<br>20,000円 |

上記の申告内容につきましては、市民税の課税状況等を閲覧することの同意書を提出いただき、保健所及び保健福祉センター職員が確認させていただきます。

ただし、自立支援医療を受ける月の属する年度（自立支援医療を受ける月が4月～6月である場合にあっては、前年度）分の市民税が大阪市内で課税されていない場合は、同意書に基づく課税状況等の閲覧はできませんので、市町村民税の課税状況等がわかる書類（市町村民税課税証明書・市町村民税非課税証明書等）を提出していただく必要があります。