

自立支援医療（更生医療）にかかる収入状況申告書

令和 年 月 日

申請者氏名 _____

自立支援医療を申請するにあたり、私の「世帯」の所得等の状況は次のとおりです。

※ 「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方全員、後期高齢者医療の場合は同一世帯で後期高齢者医療に加入している方全員をいいます。

- ① あなたの「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ア 受けている
 - イ 受けていない → ②へ

- ② あなたの「世帯」は、市町村民税が課税されていますか。
 - ア 課税されていない → ③へ
 - イ 課税されている → ⑤へ

- ③ 自立支援医療を受診する方の収入が80万円を超えますか。
 - ア 80万円を超える：「低2」に値する
 - イ 80万円以下 → ④へ

- ④ 障害年金、遺族年金、特別障害者手当、特別児童扶養手当等の受給はありますか。
 - ア 受給していない：「低1」に値する
 - イ 受給している：収入の合計額が80万円以下なら「低1」に値する
収入の合計額が80万円を超えると「低2」に値する
種別：障害年金 ・ 遺族年金 ・ 特別障害者手当 ・ 特別児童扶養手当
その他（ ）
年間受給額 _____ 円
(受給状況が把握できる証書、通知書等の写しを添付)

- ⑤ あなたの「世帯」の市町村民税額（所得割）は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ア 市町村民税額（所得割） **3万3千円未満**：「中間1」に値する
 - イ 市町村民税額（所得割） **23万5千円未満**：「中間2」に値する
 - ウ 市町村民税額（所得割） **23万5千円以上**：「一定以上」に値する

- ⑥ 「重度かつ継続」（腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、高額療養費の多数該当）に該当しますか。
 - ア 該当する
 - イ 該当しない

← 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)
			医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置 負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	
			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