

＊ ＊ こちらの面もご記入ください。 ＊ ＊

●チェックシート

下記の質問の該当するところに○をつけてください。

※ 自立支援医療における「世帯」とは、同一医療保険に加入している人（全員）をいいます。

表面の※２「該当する所得区分」の該当箇所に○をつけてください。

◇「世帯の所得」に関する質問

所得の状況	区分	自己負担上限額		○印 記入欄
		高額治療継続者 （重度かつ継続）＊	左記以外	
生活保護世帯	生保	０円	０円	
市町村民税非課税世帯かつ申請者の収入が80万9千円以下 （年金・手当等を含みます。） ＊別途必要書類あり	低１	2、500円	2、500円	
市町村民税非課税世帯かつ申請者の収入が80万9千円を越える （年金・手当等を含みます。）	低２	5、000円	5、000円	
世帯の市町村民税所得割額の合計が3万3千円未満	中間１	5、000円	医療保険の 自己負担限度額 （１割負担）	
世帯の市町村民税所得割額の合計3万3千円以上 2 3万5千円未満	中間２	10、000円		
世帯の市町村民税所得割額の合計が2 3万5千円以上	一定以上	20、000円	対象外	

＊低１に該当する方・・・障がい年金・遺族年金・手当等の収入額を確認できる書類を添付してください。
確認できない場合は、低２となります。

＊同一医療保険内に１８歳までの親族を扶養している方・・・扶養親族申告書の提出が必要です。

表面の※３「重度かつ継続」の該当・非該当に○をつけてください。

◇下記①②③に該当する場合、「重度かつ継続」とする。

治療状況等	区分	追加で必要な書類
① 障がい内容が下記に該当する。 腎臓機能障がい 小腸機能障がい 免疫機能障がい 肝臓機能障がい	該当	
②更生医療の対象となる医療が下記に該当する。 心臓機能障がいの心臓移植術及び抗免疫療法	該当	
③ 市民税課税世帯で、過去１２ヶ月間に高額医療費の申請を3回以上おこなった。（わからない場合は加入している医療保険の窓口でお尋ねください。）	該当	加入している医療保険の窓口で発行する証明書
①②③のどちらにも該当しない。	非該当	