

チェックシート（申請書の「該当する所得区分」と「重度かつ継続」について）

※以下の質問中の「世帯」とは、受診者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。

1

自立支援医療を受診する児が属する「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

受診者が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は均等割及び所得割の両方）が課税されていますか？

○課税されていない（市町村民税非課税） ⇒ ③へ

⇒ 申請書において、子育て給付課が市民税額を確認することに同意していただいている
ことに基づき確認を行います。

※ただし、障害年金・遺族年金・障害児福祉手当・特別児童扶養手当を受給している
場合は、該当する年金・手当での証書（受給金額が分かるもの）の写し又は振
込通知書の写しを申請書に添付して提出してください。

○課税されている ⇒ ④、⑤へ

⇒ 申請書において、子育て給付課が市民税額を確認することに同意していただいている
ことに基づき確認を行います。

※毎年5月に市民税課が発行している個人市民税・県民税 特別徴収税額の通知書
又は各窓口センターで発行している市・県民税課税（所得）証明書で市民税所得
割額を確認できます。ただし、市・県民税課税（所得）証明書は、発行に手数料
がかかります。（提出は不要です。）

3

受診者及び保護者（世帯）全員の収入がそれぞれ82万6500円以下ですか？

※収入とは障害年金・遺族年金・障害児福祉手当、特別児童扶養手当がある場合はその金額
も含めます。

○82万6500円以下 ⇒ 「低1」に○をし、該当する年金・手当にも○を

○82万6500円を超える ⇒ 「低2」に○を

4

受診者が属する「世帯」で、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（所得割額）は、以下のどの金額に該当しますか？

○市町村民税額（所得割額）3万3千円未満 ⇒ 「中間1」に○を

○市町村民税額（所得割額）3万3千円以上2万3千5百円未満 ⇒ 「中間2」に○を

○市町村民税額（所得割額）2万3千5百円以上 ⇒ 「一定以上」に○を

5

「重度かつ継続」（下記の※参照）に該当しますか？

○「該当」又は「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・免疫・心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）に該当の方

②医療保険の高額療養費で多数該当の方

注：②は家族内で同じ医療保険に加入していて、申請日を基準にして過去12か月以内
に高額療養費の支給が3回以上あった場合です。

給付水準：自己負担は保険診療の総医療費の1割負担です。（「生保」及び重度かつ継続に該当しない「一定以上」
は除く）。ただし、所得水準に応じて負担上限額があります。入院時の食費代や個室のベッド差額代等は
育成医療の対象外なので、別途に自己負担が必要です。

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													年 月 日											
	フリガナ											電話番号	自宅												
	受診者住所	高知市	日中連絡をとることができる番号 を記入										携帯												
保護者	フリガナ											受診者との関係	保護者個人番号	対象児と保護者のマイナンバー(個人番号)を記入											
	保護者氏名																								
	フリガナ											保護者個人番号													
	保護者住所※2																								
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号											保険者名													
	受診者と同一保険の加入者											保護者欄：対象児の加入している医療保険の被保険者(高知市在住)を記入 ただし、被保険者の住民票が高知市外にある場合は、高知市に住民票のある保護者を記入													
	該当する所得区分※3	生保 ・ 低1（右の年金等の受給状況： 無・有 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等） 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 ・ その他 く																							
重度かつ継続※4		該当 ・ 非該当										受給者番号※5													
手帳について	身体障害者手帳	有 ・ 無										手帳等級（ ）級		手帳番号											
	療育手帳	有 ・ 無										障害の程度（ ）		手帳番号											
	精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無										手帳等級（ ）級		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														
私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。なお、給付決定に当たり、子育て給付課長が給付決定に必要な住民情報、世帯の市民税課税状況、医療保険加入状況及び治療内容について確認することを世帯全員が同意します。																									
高知市長 様										保護者欄と同じ方の氏名を記入										年 月 日					
申請者氏名																				※6					

※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○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。区分「低1」の場合は、（ ）内にも○をしてください。
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		記入不要		
申請年月日				
前回所得区分			・ 非該当	
今回所得区分			・ 非該当	
所得確認書類			担額減額認定証	
前回の受給者番号			)	
備考				