様式第20号（第3条関係）

自立支援医療費（更生医療）支給認定同意書

（宛先）春日市福祉事務所長

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５２条に規定する自立支援医療費（更生医療）の支給認定のために必要があるときは、年金事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額及び収入（障害年金、老齢年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等を含めた収入の合計額）等の必要な情報を照会することに同意します。

年　　月　　日

申請者	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員①	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員②	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員③	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		
世帯員④	ふりがな		生年月日	個人番号
	氏名		年　月　日	
	住所	電話番号		

自立支援医療費の支給申請における世帯の考え方は以下のとおりです。

①申請者が被用者保険の加入者である場合：申請者及び同一保険の加入者全員

②申請者が国民健康保険の被保険者である場合：申請者及び同一世帯の国民健康保険の加入者全員

③申請者が後期高齢者医療制度の被保険者である場合：申請者及び同一世帯の後期高齢者医療制度加入者全員

④受診者が１８歳未満の場合：受診者、同一保険の加入者全員及び保護者（保護者は同一保険でない場合も含む）

⑤世帯の範囲の特例を申請する場合：申請者及び配偶者

◆負担上限額の判定に関するチェックシート

１．加入している健康保険（健康保険証）の種類についてチェックをしてください。

□　国民健康保険　（春日市以外の場合：　　）

□　被用者保険　※いわゆる勤務先の健康保険

□　国民健康保険組合　（組合名：　　）

□　国家公務員共済組合　□　地方公務員共済組合　□　私学教職員共済　□　船員組合

□　後期高齢者医療保険　（春日市以外の場合：　　）

□　生活保護　（春日市以外の場合：　　）

２．障害年金、特別障害給付金、遺族年金を受給している人は、受給機関についてチェックをして下さい。

□　日本年金機構

□　国家公務員共済組合連合会

□　地方公務員共済組合　又は　全国市町村職員共済組合連合会

□　私立学校振興・共済組合連合会　　□受給していない

３．労災に起因する障害補償給付等を受給している人は、受給機関についてチェックをしてください。

□　労働者災害補償保険法に基づく障害補償給付、複数事業労働者障害給付及び障害給付

□　国家公務員災害補償法に基づく障害補償

□　地方公務員災害補償法に基づく障害補償及び同法に基づく条例に基づく補償で、障害を支給事由とするもの

□　受給していない

４．特別児童扶養手当等を受給している人は、該当する手当にチェックをしてください。

□　特別児童扶養手当　□　障害児福祉手当　□　特別障害者手当　□　受給していない

５．医療保険における高額療養費の多数回該当の有無についてお尋ねします。

自立支援医療を申請される前（自立支援医療の対象となる治療のあった月以前）の１２か月以内に、加入している医療保険において高額療養費の対象となる月数が、医療保険の世帯として３か月以上（高額療養費多数回該当）ありますか。

□　ある

□　ない

□　わからない