

## 〈 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（以下「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 → 扶養・被扶養の関係にある方全員

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 をいいます。

### ○ 受診者が属する「世帯」に関する質問

1 受診者が属する「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

以下の市町村民税額については、住宅借入金等特別税額控除及び寄付金控除（ふるさと納税

制度による）を加算した金額で判断します。

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両方）が課税されていますか。（市町村民税の通知書等で確認してください）

- ・ 課税されていない：3へ
  - ・ 課税されている：4へ
- } 市町村民税の課税（非課税）状況が確認できる書類をご用意ください。

3 受診者の保護者の収入は80万円以下ですか。

（※収入とは合計所得金額、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の合計額）

- ・ 80万円以下：「低1」に○をしてください。
- ・ 80万円を超える：「低2」に○をしてください。

4 受診者が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（扶養者）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） **3万3千円以上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」（腎臓機能障害、小腸機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害又は医療保険の高額療養費で多数該当）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。

網掛け部分は1割負担の適用範囲（医療費の1割の額と下記負担上限額を比較し、少ない方を負担する）

	← 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 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      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)
	負担上限額 2,500円		負担上限額 5,000円		重 度 かつ 継 続 負担上限額      負担上限額 5,000円      10,000円		負担上限額 20,000円