

【 育成医療 更生医療 】

受診者	フリガナ	性別		生年月日
	氏名	男・女	年齢 歳	年 月 日
	住所			
	個人番号	電話番号		
受診者が18歳未満の場合	1	フリガナ	受診者との関係	個人番号
		保護者氏名		
	2	フリガナ	受診者との関係	個人番号
		保護者氏名		
	保護者住所 ※1		電話番号 ※1	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	(記号) (番号)	保険者の番号及び名称	(番号) (名称)
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号	
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 障害年金等の受給（有・無）		重度かつ継続 ※3 該当・非該当
身体障害者手帳番号				障害手帳等級
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む。）	医療機関名		所在地・電話番号	
	病院		所在地	
			電話番号	
	薬局等		所在地	
		電話番号		
自立支援医療費受給者番号 ※4				
上記のとおり自立支援医療費の支給認定の申請（変更申請）をします。 なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所得及び課税状況を確認されることを承諾します。 申請者 氏名 ㊟ 年 月 日 (宛先) 高松市長				

注

- ※1の欄の住所・電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入してください。
- ※2の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う項目を○印で囲んでください。なお、「低1」又は「低2」の場合は、点線以下の部分に、障害年金等の受給の有無を記入してください。
- ※3の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う項目を○印で囲んでください。
- ※4の欄は、既に支給認定を受けている場合又は変更申請の場合に記入してください。
- 記名押印に代えて署名することができます。

----- 以下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

申請受付年月日		認定年月日	
有効期間			
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> （ ）支所・出張所	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票	<input type="checkbox"/> 身分証明書（写真付）/公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人（保護者含む）	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票（写しで可）	<input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他	<input type="checkbox"/> 代理人の身分証明（写真付）/公的証明書2点
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票	