

様式第16号（第12条、第13条関係）

記載例
(新規・再認定)

自立支援医療費支給認定（変更）申請書

【 育成医療 更生医療 】

受診者	フリガナ	タカマツ ハナコ	年齢〇〇歳	生年月日
	氏名	高松 花子		〇年△月×日
	住所	〒●●●-●●●● 高松市〇〇町××番地△		
	個人番号	〇〇〇〇 ×××× △△△△	電話番号	〇〇〇-×××-△△△△
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		
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		保険者の番号	(番号) 370015
	(記号) 香川 1		及び名称	(名称) 高松市
	(番号) 1234567-01			
	受診者と同一保険の加入者		氏名	高松 太郎
身体障害者手帳番号	個人番号	〇〇〇〇 ×××× △△△△	マイナンバー12桁を御記入ください。	
	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)		
		障害年金・遺族年金等、非課税の年金・手当類受給の有無について、必ず記載してください。(老齢年金は除きます。)		
身体障害者手帳番号		受給がある方は、金額が分かるもの(年金の振込通知書など)を持参又は写しを添付(郵送の場合)してください。		
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	
	△△病院		電話番号	
	※医学的判定を書いた病院と同じ			
自立支援医療費受給者番号※4	薬局等		所在地	
	△△薬局		高松市〇町〇番	
	※指定を受けている薬局のみ登録可能		電話番号	
			〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	
自立支援医療費受給者番号※4		押印は不要です。		
上記のとおり自立支援医療費の支給認定の申請 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 (宛先) 高松市長 受診者の氏名を御記入ください。				

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			

様式第16号（第12条、第13条関係）

自立支援医療費支給認定（変更）

【 育成医療 更生医療 】

変更届 記載例

- ① 保険・生保の変更
② 医療機関の変更・追加など

受診者	フリガナ	タカマツ ハナコ	
	氏名	高松 花子	
	住所	〒●●●-●●●● 高松市○○町××番地△	
	個人番号	○○○○ ×××× △△△△	電話番号
受診者が18歳未満の場合	1	フリガナ	
		保護者氏名	
	2	フリガナ	
		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) 香川 1 (番号) 1234567-01	保険者の番号及び名称 (番号) 370015 (名称) 高松市
	受診者と同一保険の加入者	氏名 高松 太郎 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)	
	身体障害者手帳番号		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む。）	医療機関名		
	病院 △△病院 (○/○から変更) ※医学的判定を書いた病院と同じ		
	薬局等 △△薬局 (○/○から変更) ※指定を受けている薬局のみ登録可能		
	住所 高松市○○町○番 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 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 〇〇〇 受診者の氏名を御記入ください。 (先) 高松市長			

変更後の保険の記号番号を御記入ください。

保険が変更になる場合は、障害年金・遺族年金等、非課税の年金・手当類受給の有無について、必ず記載してください。（老齢年金は除きます。）
受給がある方は、金額が分かるもの（年金の振込通知書など）を持参又は写しを添付（郵送の場合）してください。

変更するところ（病院、薬局）を御記入ください。

押印は不要です。

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			