

# はじめにご確認ください

## 【※注意事項】

### オンライン申請が可能な申請について

この申請フォームを使用して行える申請は、**診断書を必要としない「更新申請」と「変更申請」**に限られます。

### 申請者は原則、受診するご本人様となります（代行は可能）。

それ以外の申請（新規申請、転入申請、診断書を必要とする更新申請（2年に1度）、診断書を必要とする変更申請（訪問看護の追加など））はお受付ができませんので、ご注意ください。

### 申請完了について

オンライン申請が完了すると、担当の区役所に入力いただいた内容と添付していただいた画像が届きます。申請内容に問題がなければ申請フォームの入力を完了した日付で受付いたします。申請内容に不備等があった場合には、区役所から登録いただいた電話番号等に確認のご連絡をいたしますので、ご対応いただけますようお願ひいたします。確認がとれない場合には、申請の受付が完了できませんのでご注意ください。

### ご準備いただくもの

1. 現在お持ちの自立支援医療受給者証
2. 保険情報の分かるもの（世帯分＝同じ健康保険に加入している全員分）※以下のうちいずれか  
(1)健康保険証 (2)資格確認書 (3)資格情報のお知らせ  
(4)マイナポータルの保険情報が確認できる画面
3. 非課税年金等（障害年金、遺族年金など）の金額が分かるもの ※市町村民税非課税世帯のみ  
例) 振込通知書、通帳など  
※申請日が1～6月の場合は、前々年の1～12月の収入がわかるもの  
申請日が7～12月の場合は、前年の1～12月の収入が分かるもの
4. 画像データ ※以下の場合に必要になります。  
**※マイナンバーカードは使用できませんのでご注意ください。**  
(1)上記「保険情報の分かるもの」の画像データ  
(被用者保険（社会保険）、組合国保（建築国保など）、退職国保等に加入の場合)  
(2)上記「非課税年金等の金額がわかるもの」の画像データ  
(市町村民税非課税世帯で受給がある場合のみ)  
(3)札幌市以外から生活保護を受給している場合は、生活保護の受給証明の画像データ

## 申請にあたって

### 自立支援医療（精神通院医療）更新申請・変更申請

入力の状況

0%

札幌市の「自立支援医療（精神通院医療）更新申請・変更申請」のオンライン申請ページです。

#### 同意事項

- 月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療の申請及び利用する間、受診者の同一世帯全員の住民税課税額・所得税の状況及び各種医療保険等の加入状況、各種年金等の受給状況について札幌市が調査すること、申請の結果について必要があるときは診断書を作成した医療機関に情報提供すること
- 申請に進むと、上記事項に同意したものとみなします。

#### 申請できる手続きについて

自立支援医療（精神通院医療）の「更新申請」または「変更申請」を行うことができます。

(申請が可能なものは、診断書が不要の場合に限りますのでご注意ください。)

制度詳細URLは[こちら](#)

※申請フォーム入力方法に関するお問い合わせは、札幌市障がい福祉課（011-211-2936）までご連絡ください。

同意事項をご確認のうえ、申請手続きへお進みください。

オンライン申請ができる申請は、  
診断書が不要な  
自立支援医療（精神通院医療）の  
更新申請または変更申請に限られ  
ます。

#### Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

[新規登録またはログインして申請](#)

または

#### Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。  
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

[アカウント登録せずにメールで申請](#)

Grafferアカウントでログインし  
て申請すると、申請の一時保存  
や申請履歴の確認が可能となり  
ます。

アカウントを使用せず、メール  
アドレスのみで申請も可能ですが、  
上記の機能は使うことがで  
きません。

## ①申請者の情報

自立支援医療（精神通院医療） 更新申請・変更申請

入力の状況  
10%

### 入力フォーム

#### 申請者の情報

名前 必須

 ✓

名前（カナ） 必須

 ✓

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

 ✓

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

 ✓

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きをあれば入力してください。

生年月日（西暦） 必須

半角数字で入力してください

1972	年	1	月	1	日	
------	---	---	---	---	---	--

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を、ハイフン（-）なしの半角数字で入力してください

 ✓

メールアドレス 自動入力

 ✎

申請者の情報を入力してください。  
申請者とは、自立支援医療を使って医療機関を受診される方、ご本人のことです。

一時保存して、次へ進む

＜ 申請の概要等の確認に戻る

## ②受診者の年齢

### 受診者が18才以上の場合

自立支援医療（精神通院医療） 更新申請・変更申請

入力の状況

20%

### 入力フォーム

#### 受診者が18歳未満の場合

##### 受診者の年齢 必須

自立支援医療を使って受診される方は18歳未満ですか

 はい いいえ

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

戻る

受診者が18歳未満の場合は、  
保護者の情報を入力してください。

保護者の住所が受診者と別の場合には、  
保護者の住所を記載してください。

### 受診者が18歳未満の場合

#### 受診者の年齢 必須

自立支援医療を使って受診される方は18歳未満ですか

 はい いいえ

#### 保護者氏名 必須

保護者の氏名を入力してください

札幌 花子



#### 受診者との関係 必須

受診者との関係を入力してください

母



#### 保護者の住所について 必須

保護者の住所についてお答えください。

 受診者と同居 受診者と別居

#### 保護者の郵便番号 必須

保護者の郵便番号を入力してください。受診者と同じご住所の場合は入力不要です。



郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

#### 保護者の住所 必須

② 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

#### 保護者の連絡先 必須

保護者の電話番号を入力してください。

申請内容について問い合わせる場合がありますので、日中に連絡がとれる番号を入力してください。

### ③受給者証等送付先・担当の区役所

送付先の指定なし  
(申請者の住所と同じ場合)

自立支援医療（精神通院医療）更新申請・変更申請

入力の状況

30%

#### 入力フォーム

##### 受給者証等送付先

送付先の指定 任意

受給者証等の送付先が申請者の住所と違う場合にはチェックを入れてください。

申請者住所と別の場所への送付を希望します。

備考欄への住所記載について 任意

グループホームの入居等により受給者証に記載の住所が現住所でない場合で、備考欄に現住所の記載を希望する場合は以下にチェックを入れてください。特に希望しない場合はそのまま進んでください。

備考欄に現住所の記載を希望する（グループホームなど）

一時保存して、次へ進む

戻る

送付先住所が申請者と同じ場合は記入不要です。  
そのままお進みください。

グループホーム等に入居中で現住所の記載を希望する場合には、最下段の項目に☑を入れてください。  
※希望しない場合は、チェック不要です。

送付先の指定あり  
(申請者の住所と別の場合)

送付先を指定する場合には、  
住所を記入してください。

#### 入力フォーム

##### 受給者証等送付先

送付先の指定 任意

受給者証等の送付先が申請者の住所と違う場合にはチェックを入れてください。

申請者住所と別の場所への送付を希望します。

郵便番号 必須

受給者証等の送付先の郵便番号を入力してください。

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

受給者証等の送付先の住所を記載してください。

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きを入力してください。

備考欄への住所記載について 任意

グループホームの入居等により受給者証に記載の住所が現住所でない場合で、備考欄に現住所の記載を希望する場合は以下にチェックを入れてください。特に希望しない場合はそのまま進んでください。

備考欄に現住所の記載を希望する（グループホームなど）

#### ④申請代行の有無

##### 本人が申請する場合

自立支援医療（精神通院医療） 更新申請・変更申請

入力の状況

40%

##### 入力フォーム

###### 申請代行の有無

申請者について 必須

申請者について選択してください。

受診者本人（18歳未満の場合は保護者）が申請します

代行者が申請します

一時保存して、次へ進む

戻る

代行者が申請する場合には、氏名と連絡先をご記入ください。  
※申請内容について、問い合わせをする場合がありますので、必ずご記入ください。

##### 代行者が申請する場合

自立支援医療（精神通院医療） 更新申請・変更申請

入力の状況

40%

##### 入力フォーム

###### 申請代行の有無

申請者について 必須

申請者について選択してください。

受診者本人（18歳未満の場合は保護者）が申請します

代行者が申請します

申請代行者の氏名 必須

申請代行者の氏名をご記載ください。医療機関等の方の場合は所属もご記載ください。

例) 札幌市役所病院 事務課 札幌 一郎

申請代行者の連絡先 必須

申請を代行される方の電話番号を入力してください。

申請内容について確認をする場合がありますので、日中に連絡がとれる連絡先をご記載ください。

※ハイフンなしの電話番号を入力してください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

## ⑤担当の区役所

お持ちの受給者証に記載されている区の区役所を選んでください。  
(居住地特例などの理由で、お住いの区と違う場合があります。)

### 自立支援医療（精神通院医療）更新申請・変更申請

入力の状況

50%

#### 入力フォーム

##### 担当の区役所

担当区役所 必須

お持ちの受給者証に書かれている区の区役所を選択してください。  
(お住いの区と違う場合があります。)

選択してください



入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

戻る

## ⑥申請の種類

更新申請の場合

※更新申請と変更申請を同時に行うことも可能です。その場合は両方にチェックを入れてください。

変更申請の場合

### 入力フォーム

#### 申請の種類

申請の種類 必須

今回の申請の種類を選んでください。  
(両方の場合は、2つとも選択してください。)  
更新：有効期間の延長をする場合  
変更：指定医療機関の変更、保険の変更、負担上限額の変更などをする場合

更新

変更

受給者番号 必須

現在お持ちの自立支援医療受給者証の「受給者番号」(7桁)を入力してください。

1234567

### 入力フォーム

#### 申請の種類

申請の種類 必須

今回の申請の種類を選んでください。  
(両方の場合は、2つとも選択してください。)  
更新：有効期間の延長をする場合  
変更：指定医療機関の変更、保険の変更、負担上限額の変更などをする場合

更新

変更

頭に〇がつく場合は〇を省略してご入力ください。

受給者番号 必須

現在お持ちの自立支援医療受給者証の「受給者番号」(7桁)を入力してください。

1234567



更新申請について 必須

現在の受給者証の病院や薬局が書かれているページにある「有効期限」をご確認ください。  
有効期限が切れている場合は、オンライン申請では受付ができません。  
有効期限内であることを確認できた場合だけ、次の項目にチェックを入れて手続きを進めてください。

有効期限内であることを確認しました

一時保存して、次へ進む

医療機関の変更で、指定を切り替える日を指定する場合は、「別の日」を選び、日にちを指定してください。  
特に希望がなければ「申請日」を選んでください。  
**※申請日よりも後の日付しか指定できません。**

変更申請について 必須

新しくデイケアや訪問看護ステーションなどを指定医療機関に「追加」する場合には、診断書が必要となるためオンライン申請では受付ができません。  
(※すでに受給者証に記載されているデイケアや訪問看護ステーションを「変更」する場合はお手続きいただけます。)  
次の項目を確認のうえ、該当する場合だけ、チェックを入れて手続きを進めてください。

デイケアや訪問看護ステーションを「追加」するための変更申請ではありません

変更を適用する日について 必須

医療機関の変更で、変更する日を申請日（今日）より後にしたい場合には、「別の日」を選んでください。  
特に希望がなければ「申請日（今日）」を選んでください。

申請日（今日）

別の日

医療機関等を変更する日 必須

変更を希望する日を入力してください。

2026/01/30



## ⑦(1)指定する自立支援医療機関（病院・クリニック）

### 入力フォーム

#### 受診を希望する自立支援医療機関

##### 病院・クリニック 必須

指定する医療機関（病院・クリニック）の名称を入力してください。※変更がない場合も改めて医療機関名を入力してください。

札幌市役所クリニック



##### 病院・クリニックの住所 必須

指定する医療機関（病院・クリニック）の住所を入力してください。

例) 札幌市中央区北1条西2丁目1-1

札幌市中央区北1条西2丁目1-1 札幌市役所内



#### 現在お持ちの受給者証に複数の病院・医療機関が記載されていますか？

任意

以下に該当する場合はチェックを入れてください。該当しない場合は次の項目に進んでください。

てんかん治療やデイケア通所等のため、受給者証に複数の病院・医療機関が記載されている。



お持ちの受給者証に、すでに医療機関が  
2つ記載されている場合だけチェックを  
入れてください。

#### 現在お持ちの受給者証に複数の病院・医療機関が記載されていますか？

任意

以下に該当する場合はチェックを入れてください。該当しない場合は次の項目に進んでください。

てんかん治療やデイケア通所等のため、受給者証に複数の病院・医療機関が記載されている。

##### 病院・クリニック（2か所目） 必須

指定する医療機関（病院・クリニック（2か所目））の名称を入力してください。

不要な場合は「なし」と記入してください。

##### 病院・クリニック（2か所目）の住所 必須

指定する医療機関（病院・クリニック（2か所目））の住所を入力してください。

例) 札幌市中央区北1条西2丁目1-1

不要な場合は「なし」と記入してください。

2カ所目の「病院・クリニック」について  
記入してください。  
利用しなくなった場合は「なし」と記入し  
てください。



## ⑦(2)指定する自立支援医療機関（薬局・訪問看護）

### 薬の処方について 必須

自立支援医療の対象となる薬の処方についていずれか選んでください。

 院内処方 院外処方

院内処方の場合は、薬局の指定は不要です。  
薬局を利用している方は、院外処方にチェックを入れて、指定する薬局を入力してください。

### 薬の処方について 必須

自立支援医療の対象となる薬の処方についていずれか選んでください。

 院内処方 院外処方

### 薬局 必須

指定する薬局の名称を入力してください。※変更がない場合も薬局名を改めて入力してください。

○○店など支店名も忘れずご入力ください。

札幌市テレビ塔薬局



### 薬局の住所 必須

指定する薬局の住所を入力してください。

例) 札幌市中央区北1条西2丁目1-1

札幌市中央区大通西1丁目1



現在お持ちの受給者証に訪問看護ステーションが記載されていますか？

任意

以下に該当する場合はチェックを入れてください。該当しない場合は次の項目に進んでください。

 受給者証に、訪問看護ステーションが記載されている。

お持ちの受給者証に訪問看護ステーションが記載されている場合だけチェックを入れてください。

指定する訪問看護ステーションを入力する画面が出てきますので、入力をお願いします。  
利用しなくなった場合は「なし」と記入してください。

現在お持ちの受給者証に訪問看護ステーションが記載されていますか？

任意

以下に該当する場合はチェックを入れてください。該当しない場合は次の項目に進んでください。

 受給者証に、訪問看護ステーションが記載されている。

### 訪問看護 必須

指定する訪問看護ステーションの名称を入力してください。※変更がない場合も改めて訪問看護ステーション名を入力してください。

不要な場合は「なし」と記入してください。

札幌市時計台訪問看護ステーション



### 訪問看護ステーションの住所 必須

指定する訪問看護ステーションの住所を入力してください。

例) 札幌市中央区北1条西2丁目1-1

不要な場合は「なし」と記入してください。

札幌市中央区北2条西2丁目1



## ⑧-①② 健康保険情報（被用者保険）

### (1)被用者保険（本人）の場合

#### 入力フォーム

##### 健康保険情報

###### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

被用者保険（本人）

###### 記号 任意

健康保険の記号を入力してください。（※記号がない場合は入力不要です。）

12345678

###### 番号 必須

健康保険の番号を入力してください。（枝番は不要です。）

1234567

###### 保険者名 必須

保険者名を入力してください

記載例①（国民健康保険の場合）：札幌市〇〇区、など

記載例②（後期高齢者医療の場合）：北海道後期高齢者医療広域連合、など

記載例③（被用者保険（社会保険）の場合）：全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合〇〇支部、など

全国健康保険協会北海道支部

###### 保険情報が確認できるもの 必須

健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報が確認できる画面のいずれかの画像を添付してください。

ファイルを選択…

###### 添付ファイルの確認 任意

添付ファイルには、マイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データは使用できません。  
以下の確認事項を確認のうえ、問題なければチェックしてください。

添付したファイルはマイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データではありません。

「被用者保険」「後期高齢者医療」「その他の保険」の場合は、保険情報がわかる画像の添付が必要です。

\*マイナンバーカードなど、マイナンバーが入った画像は使用しないでください。

### (2)被用者保険（家族）の場合

#### 入力フォーム

##### 健康保険情報

###### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

被用者保険（家族）

###### 記号 任意

健康保険の記号を入力してください。（※記号がない場合は入力不要です。）

12345678

###### 番号 必須

健康保険の番号を入力してください。（枝番は不要です。）

1234567

###### 保険者名 必須

保険者名を入力してください

記載例①（国民健康保険の場合）：札幌市〇〇区、など

記載例②（後期高齢者医療の場合）：北海道後期高齢者医療広域連合、など

記載例③（被用者保険（社会保険）の場合）：全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合〇〇支部、など

全国健康保険協会北海道支部

###### 保険情報が確認できるもの 必須

健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報が確認できる画面のいずれかの画像を添付してください。

ファイルを選択…

###### 被用者保険（本人）の保険情報 任意

被用者保険（本人）に該当する方の、健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報が確認できる画面のいずれかの画像を添付してください。

ファイルを選択…

###### 添付ファイルの確認 任意

添付ファイルには、マイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データは使用できません。  
以下の確認事項を確認のうえ、問題なければチェックしてください。

添付したファイルはマイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データではありません。

## ⑧-③(4) 健康保険情報（国民健康保険・後期高齢者医療）

### (3)国民健康保険の場合

#### 健康保険情報

##### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください。

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

国保一般

##### 記号 任意

健康保険の記号を入力してください。（※記号がない場合は入力不要です。）

国札チ

##### 番号 必須

健康保険の番号を入力してください。（枝番は不要です。）

5555555

##### 保険者名 必須

保険者名を入力してください

記載例①（国民健康保険の場合）：札幌市〇〇区、など

記載例②（後期高齢者医療の場合）：北海道後期高齢者医療広域連合、など

記載例③（被用者保険（社会保険）の場合）：全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合〇〇支部、など

札幌市中央区

##### 受診者と同一保険の加入者 必須

同じ世帯にいる受診者と同一保険の加入者について、氏名と続柄を記載してください。※いない場合は「なし」と記載してください。

例）札幌 次郎（父）

なし

「被用者保険」「後期高齢者医療」「その他の保険」の場合は、保険情報がわかる画像の添付が必要です。

※マイナンバーカードなど、マイナンバーが入った画像は使用しないでください。

### (4)後期高齢者医療の場合

#### 健康保険情報

##### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください。

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

後期高齢者医療

##### 記号 任意

健康保険の記号を入力してください。（※記号がない場合は入力不要です。）

##### 番号 必須

健康保険の番号を入力してください。（枝番は不要です。）

12345678

##### 保険者名 必須

保険者名を入力してください

記載例①（国民健康保険の場合）：札幌市〇〇区、など

記載例②（後期高齢者医療の場合）：北海道後期高齢者医療広域連合、など

記載例③（被用者保険（社会保険）の場合）：全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合〇〇支部、など

北海道後期高齢者医療広域連合

##### 保険情報が確認できるもの 必須

健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報が確認できる画面のいずれかの画像を添付してください。

ファイルを選択…

##### 添付ファイルの確認 必須

添付ファイルには、マイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データは使用できません。  
以下の確認事項を確認のうえ、問題なければチェックしてください。

添付したファイルはマイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データではありません。

##### 受診者と同一保険の加入者 必須

同じ世帯にいる受診者と同一保険の加入者について、氏名と続柄を記載してください。※いない場合は「なし」と記載してください。

例）札幌 次郎（父）

なし

## ⑧-⑤ 健康保険情報（生活保護）

(5)生活保護の場合

### 入力フォーム

#### 健康保険情報

##### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

生活保護



##### 受給証明（生活保護）※札幌市以外で生活保護を受給されている場合 任意

札幌市以外で生活保護を受給されている場合には、受給証明となるものを添付してください。

札幌市で生活保護を受給されている場合には添付せず、次の項目へお進みください。



ファイルを選択…

一時保存して、次へ進む

※生活保護を受給していても、社会保険（被用者保険）に加入している方は、「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

※札幌市以外で生活保護を受給している場合は、受給証明となるものの画像添付が必要です。

## ⑧一(6) 健康保険情報（その他の保険）

### 入力フォーム

#### 健康保険情報

##### 保険に関する事項 必須

加入している健康保険の種類を入力してください

※生活保護をお受けの場合でも、社会保険（被用者保険）に加入されている方は「被用者保険（本人）」または「被用者保険（家族）」をお選びください。

その他（建設国保、医師国保、船員保険など）

##### 保険種別 必須

「その他」を選んだ場合、保険種別を入力してください

例：建設国民健康保険、医師国民健康保険、歯科医師国民健康保険、薬剤師国民健康保険、船員保険、など

建設国民健康保険

##### 記号 任意

健康保険の記号を入力してください。（※記号がない場合は入力不要です。）

北建

##### 番号 必須

健康保険の番号を入力してください。（枝番は不要です。）

1-70001

##### 保険者名 必須

保険者名を入力してください

記載例①（国民健康保険の場合）：札幌市〇〇区、など

記載例②（後期高齢者医療の場合）：北海道後期高齢者医療圏域連合、など

記載例③（被用者保険（社会保険）の場合）：全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合〇〇支部、など

北海道建設国民健康保険組合

##### 保険情報が確認できるもの 必須

健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの保険情報が確認できる画面のいずれかの画像を添付してください。

 ファイルを選択…

##### 添付ファイルの確認 必須

添付ファイルには、マイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データは使用できません。  
以下の確認事項を確認のうえ、問題なければチェックしてください。

添付したファイルはマイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データではありません。

##### 受診者と同一保険の加入者 必須

同じ世帯にいる受診者と同一保険の加入者について、氏名と続柄を記載してください。※いない場合は「なし」と記載してください。

例）札幌 次郎（父）

札幌 花子（母）

札幌 三郎（兄）

26/400

同じ保険に加入している同居親族等について、  
必ずご記載ください。

## ⑨一(1) 収入と課税状況（※課税世帯の場合）

### 入力フォーム

#### 収入と課税状況

##### 世帯の課税状況 必須

世帯の課税状況について選択してください。

申請日が1～6月の場合は、前年の課税状況

申請日が7～12月の場合は、当年度の課税状況

※生活保護を受給中（または停止中）の場合は「生活保護（停止中含む）」を選択してください。

課税世帯

非課税世帯

わからない

生活保護（停止中含む）

##### 16歳～18歳の控除対象扶養親族に関する申告 必須

所得税法上の扶養親族のうち、自立支援医療の支給を申請する年の前年（申請月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16～18歳であった者について下記のとおり申告します。

対象者がいる

対象者がいない

##### 対象者の人数 必須

1人

##### 16歳～18歳の控除対象扶養親族に関する申告 必須

所得税法上の扶養親族のうち、自立支援医療の支給を申請する年の前年（申請月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16～18歳であった者について下記のとおり申告します。

対象者がいる

対象者がいない

「課税世帯」の場合は、控除対象の扶養親族の有無を選んでください。  
対象者がいる場合には、内容をご記載ください。

##### 16歳～18歳の控除対象扶養親族 必須

16歳～18歳の控除対象扶養親族について、氏名、続柄、生年月日、同居・別居、住所（別居の場合）

例：札幌太郎 長男 平成20年12月1日 別居 札幌市中央区北1条西2丁目

札幌四郎 長男 平成20年12月1日 別居 札幌市中央区北1条西  
2丁目

## ⑨ー2 収入と課税状況（※非課税世帯の場合）

### 入力フォーム

#### 収入と課税状況

##### 世帯の課税状況 必須

世帯の課税状況について選択してください。

申請日が1～6月の場合は、前年の課税状況  
申請日が7～12月の場合は、当年度の課税状況

※生活保護を受給中（または停止中）の場合は「生活保護（停止中含む）」を選択してください。

課税世帯

非課税世帯

わからない

生活保護（停止中含む）

##### 年金または手当の受給状況 必須

年金または手当を受給していますか

はい

いいえ

各種の年金または手当を受給している場合は「はい」を選んでください。  
受給していない場合は「いいえ」を選んでください。

障害年金、遺族年金を受給している場合は、年金や手当の種類を選んでください。

##### 年金または手当の受給状況 必須

年金または手当を受給していますか

はい

いいえ

##### 年金・手当 必須

受給している年金、手当を選択してください。

老齢年金

障害年金

遺族年金

特別障害給付金

特別障害者手当

特別児童扶養手当

その他

##### 年金の受給額 必須

年金の年間受給額がわかるもの（年金通知など）の画像を添付してください。  
対象期間は、前年（申請月が1～6月の場合は前々年）になります。

 ファイルを選択…

##### 年金の受給額（複数の場合） 任意

（年金を複数受けている場合のみご使用ください）

年金の年間受給額がわかるもの（年金通知など）の画像を添付してください。  
対象期間は前年（申請月が1～6月の場合は前々年）になります。

 ファイルを選択…

##### 添付ファイルの確認 必須

添付ファイルには、マイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データは使用できません。

以下の確認事項を確認のうえ、問題なければチェックしてください。

添付したファイルはマイナンバーカードおよびマイナンバーを含む画像データではありません。

## ⑨一(3) 収入と課税状況（※わからない場合）

### 入力フォーム

#### 収入と課税状況

##### 世帯の課税状況 必須

世帯の課税状況について選択してください。

申請日が1～6月の場合は、前年の課税状況

申請日が7～12月の場合は、当年度の課税状況

※生活保護を受給中（または停止中）の場合は「生活保護（停止中含む）」を選択してください。

課税世帯

非課税世帯

わからない

生活保護（停止中含む）

##### 年金または手当の受給状況 必須

年金または手当を受給していますか

はい

いいえ

##### 16歳～18歳の控除対象扶養親族に関する申告 必須

所得税法上の扶養親族のうち、自立支援医療の支給を申請する年の前年（申請月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16～18歳であった者について下記のとおり申告します。

対象者がいる

対象者がいない

年金受給の有無、  
控除対象扶養親族の有無  
を選び、必要事項を記入してください。

## ⑨-(4) 収入と課税状況（※生活保護（停止中含む）の場合）

### 入力フォーム

#### 収入と課税状況

##### 世帯の課税状況 必須

世帯の課税状況について選択してください。

申請日が1~6月の場合は、前年の課税状況

申請日が7~12月の場合は、当年度の課税状況

※生活保護を受給中（または停止中）の場合は「生活保護（停止中含む）」を選択してください。

課税世帯

非課税世帯

わからない

生活保護（停止中含む）

生活保護を受給中または、  
生活保護停止中の場合はこちらを選択し、  
次の項目に進んでください。

※生活保護「廃止」になっている場合は含  
まれません。

## ⑩申請確認

### 申請内容の確認

#### 申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

編集

病院・クリニック 必須

編集

札幌 太郎

編集

札幌市役所クリニック

名前 (カナ) 必須

編集

札幌市中央区北1条西2丁目1-1 札幌市役所内

編集

サッポロ タロウ

編集

現在お持ちの受給者証に複数の病院・医療機関が記載されていますか? 任意

編集

郵便番号 必須

編集

薬の処方について 必須

編集

0608611

編集

院内処方

編集

住所 必須

編集

現在お持ちの受給者証に訪問看護ステーションが記載されていますか? 任意

編集

北海道札幌市中央区北一条西二丁目

編集

健康保険情報

生年月日 (西暦) 必須

編集

保険に関する事項 必須

編集

1972/01/01

編集

国保一般

編集

電話番号 必須

編集

記号 任意

編集

0112112936

編集

国札チ

編集

メールアドレス 自動入力

編集

番号 必須

編集

preview-demo@example.com

1234567

編集

受診者の年齢 必須

編集

保険者名 必須

編集

いいえ

札幌市中央区

編集

#### 受給者証等送付先

送付先の指定 任意

編集

収入と課税状況

備考欄への住所記載について 任意

編集

世帯の課税状況 必須

編集

いいえ

課税世帯

編集

#### 申請代行の有無

申請者について 必須

編集

16歳～18歳の控除対象扶養親族に関する申告 必須

編集

受診者本人 (18歳未満の場合は保護者) が申請します

対象者がいない

編集

#### 担当の区役所

担当区役所 必須

編集

確認後「この内容で申請する」を押してください。

中央区役所

申請は以上で完了となります。

変更

編集

不備があった場合には、後日、区役所などから連絡がございますので、ご対応いただけようお願いいたします。

受給者番号 必須

編集

ご連絡がつかずに1か月以上経過した場合には、申請を破棄させていただきます。

1234567

編集

変更申請について 必須

編集

デイケアや訪問看護ステーションを「追加」するための変更申請ではありません

編集

変更を適用する日について 必須

編集

申請日 (今日)

編集

この内容で申請する