# 本課提出用　特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

| 申請種別 | 新規／転入 (○印をつける) | (転入の場合) ⇒ 都道府県　市区町村　から | 以前の受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

私（患者）は、特定医療費の支給を申請します。

神奈川県知事　殿

(フリガナ)　令和　年　月　日
患者氏名

＜委任状欄＞患者以外の方（任意代理人の方）が申請する場合に記入してください。
私（患者）は、次の者を代理人と定め、特定医療費の支給申請手続きを委任します。

(フリガナ)　令和　年　月　日
代理人氏名

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 患者情報 | 電話番号 | ー　ー | 生年月日 | 大・昭 平・令　年　月　日 | | |
| | 住所地 | 〒　ー | | | | |
| | 健康保険等の種類 (○印をつける) | 国民健康保険　/　国民健康保険組合　/　後期高齢者医療制度　/　社会保険　/　生活保護　/　その他 | | | | |
| | 医療保険 (マイナ保険証の方でも記入が必須です) 保険者名称 | (保険組合などの名称) | 被保険者 | 氏名 | (保険に加入している方の名前) | |
| | 記号・番号 被保険者番号 | (記号)　(番号又は被保険者番号) | | 患者との続柄 | 本人　・　本人以外 | |
| 疾病・臨床調査個人票情報 | 指定難病の名称 申請するもの全て記入 | ① (疾病名) | | | | |
| | | ② (疾病名) | | | | |
| | | ③ (疾病名) | | | | |
| | 臨床調査個人票作成医療機関名称 | | | | | |
| | 臨床調査個人票の診断日 医師氏名のページ参照 | 年　月　日 | 【左記の欄が申請日から１か月以上前の年月日となっている理由】<br>☐　臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br>☐　症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐　大規模災害に被災したこと等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐　その他(　) | | | |
| 送付先・保護者 | ▼　患者本人が18歳未満の場合は必ず記入、または、上記住所地以外への送付を希望する場合に記入　▼ | | | | | |
| | 氏名 | （続柄：　） | 電話番号 | ー　ー | | |
| | 送付先 | 〒　ー | | | | |
| 該当者記入欄 | ▼　特例を申請する場合は、☐にレ点を記入（記入がない場合、特例は認定されません。各特例の詳細は「指定難病のしおり」13,14ページをご覧ください。）　▼ | | | | | |
| | ☐ | 軽症高額該当特例 | ☐ | 人工呼吸器等装着者特例 | | |
| | ☐ | 高額難病治療継続特例 | ☐ | 世帯内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者が他にいる または、申請者が小児慢性特定疾病を併用している | | |
| | ▼　障害年金や遺族年金など、「指定難病のしおり」８ページに掲げる収入がある場合は記入　▼ | | | | | |
| | 種類 | 障害年金　遺族年金　その他（　） | 金額 | 円 | | |
| | 添付書類 | 年金振込通知書　/　年金額改定通知書　/　その他（　）　/　なし | | | | |

| 保健所等受理印 | | 県受理印 | | 事務処理欄 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 診断日 | 理由 | 階層区分 |
| | | | | | | |

# 支給認定基準世帯員とマイナンバー（個人番号）

患者や支給認定基準世帯員に**指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合**は、該当するものに〇をつけ、受給者番号を記入してください。

市区町村欄には、次に該当する市区町村(市町村民税の課税地)を記入してください。
・**1～6月**に申請する方　**申請する日の前年**１月１日に居住していた市区町村
・**7～12月**に申請する方　**申請する年**の１月１日に居住していた市区町村

**患者本人のマイナンバーを確認できる資料の提出、または、保健所窓口での番号及び本人確認が必要です。**

| | 氏名 | 生年月日 | 患者から見た続柄 | 受給中の関連特定医療費制度 / 上記の受給番号 | 1月1日時点在住の市区町村名 |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者 | 氏名：左記のとおり | | 本人 | 小児慢性特定疾病 | |
| | マイナンバー | | | | |

※　支給認定基準世帯員以外の方は記載しないでください。
どなたが支給認定基準世帯員に該当するかは、「指定難病のしおり」９ページをご覧ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 |
| | マイナンバー | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 |
| | マイナンバー | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 |
| | マイナンバー | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 |
| | マイナンバー | | | | |

▼　登録者証の申請を希望しない方は☐にレ点を記入　▼

| | |
|---|---|
| ☐ | **審査の結果、診断基準を満たした場合、登録者証の発行は不要です。**<br>登録者証は、自治体における障害福祉サービスの受給申請やハローワーク等で難病患者であることの証明が必要な際に、医師の診断書の代わりに活用することができる証明書です。 |

## 個人情報の利用に関する同意

**（個別避難計画の作成等、法に基づく情報提供の依頼があった場合は同意の有無によらず情報提供を行います。）**

申請にあたって提供した個人情報が、次の各目的に利用されることに同意します。
（（1）～（3）は必須項目のため〇は不要です。（4）～（6）の項目は同意しない場合のみ、右蘭に〇をしてください。）

| | | |
|---|---|---|
| (1) | 特定医療費の支給決定に必要な事務のため | 必須 |
| (2) | 医療保険の保険者に対して、所得区分に関する情報を求めること及び情報を提供すること (医療保険加入者のみ) | 必須 |
| (3) | 国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って患者及び支給認定基準世帯員の必要な地方税関係情報について取得すること（共済組合員のみ） | 必須 |
| (4) | 「指定難病のしおり」15ページ<本同意書に関する説明>のとおり、臨床調査個人票を指定難病に関する創薬の研究開発等に利用するため | 同意しない |
| (5) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした訪問相談や医療相談等の事業を実施するため。 | 同意しない |
| (6) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした講演会等を行うにあたり案内等を送付するため | 同意しない |

## 事務処理欄

| 全員確認 | 臨床調査個人票 | 画像等 | 軽症高額該当 | 高額継続該当 | 人工呼吸器装着 | 該当者のみ | 生活保護 | 難病医療費証明 | 難病・小慢証明 | 障害年金等証明 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐　・　免除 | CD・紙・無 | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| その他書類確認 | MN確認 | | 身元確認 | | | 住民票 | 資格確認書等 | 税証明 | 自己負担限度額管理票 | 長期入院の申出 | その他 |
| | MNカード・住民票・通知カード | | MNカード・免許証・パスポート その他 (　) | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

# 保健所控え　特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

| 申請種別 | 新規／転入 (○印をつける) | (転入の場合) ⇒ 都道府県 市区町村 から | 以前の受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

私（患者）は、特定医療費の支給を申請します。

神奈川県知事　殿

(フリガナ)
患者氏名　　令和　年　月　日

＜委任状欄＞患者以外の方（任意代理人の方）が申請する場合に記入してください。
私（患者）は、次の者を代理人と定め、特定医療費の支給申請手続きを委任します。

(フリガナ)
代理人氏名　　令和　年　月　日

## 患者情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 電話番号 | ー　ー | 生年月日 | 大・昭 平・令　年　月　日 | |
| 住所地 | 〒　ー | | | |
| 健康保険等の種類 (○印をつける) | 国民健康保険 / 国民健康保険組合 / 後期高齢者医療制度 / 社会保険 / 生活保護 / その他 | | | |
| 医療保険 (マイナ保険証の方でも記入が必須です) 保険者名称 | (保険組合などの名称) | 被保険者 | 氏名 | (保険に加入している方の名前) |
| 記号・番号 被保険者番号 | (記号)　(番号又は被保険者番号) | | 患者との続柄 | 本人　・　本人以外 |

## 疾病・臨床調査個人票情報

| | | |
|---|---|---|
| 指定難病の名称 申請するもの全て記入 | ① (疾病名) | |
| | ② (疾病名) | |
| | ③ (疾病名) | |
| 臨床調査個人票作成医療機関名称 | | |
| 臨床調査個人票の診断日 医師氏名のページ参照 | 年　月　日 | 【左記の欄が申請日から１か月以上前の年月日となっている理由】<br>☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br>☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐ その他(　　) |

## 送付先・保護者

▼　患者本人が18歳未満の場合は必ず記入、または、上記住所地以外への送付を希望する場合に記入　▼

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | （続柄：　） | 電話番号 | ー　ー |
| 送付先 | 〒　ー | | |

## 該当者記入欄

▼　特例を申請する場合は、☐にレ点を記入　▼
（記入がない場合、特例は認定されません。各特例の詳細は「指定難病のしおり」13,14ページをご覧ください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | 軽症高額該当特例 | ☐ | 人工呼吸器等装着者特例 |
| ☐ | 高額難病治療継続特例 | ☐ | 世帯内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者が他にいる または、申請者が小児慢性特定疾病を併用している |

▼　障害年金や遺族年金など、「指定難病のしおり」８ページに掲げる収入がある場合は記入　▼

| | | | |
|---|---|---|---|
| 種類 | 障害年金　遺族年金　その他（　） | 金額 | 円 |
| 添付書類 | 年金振込通知書 / 年金額改定通知書 / その他（　） / なし | | |

| 保健所等受理印 | | 県受理印 | | 事務処理欄 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 診断日 | 理由 | 階層区分 |
| | | | | | | |

# 支給認定基準世帯員とマイナンバー（個人番号）

患者や支給認定基準世帯員に**指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合**は、該当するものに〇をつけ、受給者番号を記入してください。

市区町村欄には、次に該当する市区町村(市町村民税の課税地)を記入してください。
・**１～６月**に申請する方　**申請する日の前年**１月１日に居住していた市区町村
・**７～12月**に申請する方　**申請する年**の１月１日に居住していた市区町村

**患者本人のマイナンバーを確認できる資料の提出、または、保健所窓口での番号及び本人確認が必要です。**

| | 氏名 | 生年月日 | 患者から見た続柄 | 受給中の関連特定医療費制度 / 上記の受給番号 | 1月1日時点在住の市区町村名 |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者 氏名 | 左記のとおり | | 本人 | 小児慢性特定疾病 | |
| 患者 マイナンバー | [redacted] | | | | |

※　支給認定基準世帯員以外の方は記載しないでください。
どなたが支給認定基準世帯員に該当するかは、「指定難病のしおり」９ページをご覧ください。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| | マイナンバー | [redacted] | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| | マイナンバー | [redacted] | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| | マイナンバー | [redacted] | | | | |
| 支給認定基準世帯員 | 氏名 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| | マイナンバー | [redacted] | | | | |

▼　登録者証の申請を希望しない方は☐にレ点を記入　▼

| | |
|---|---|
| ☐ | **審査の結果、診断基準を満たした場合、登録者証の発行は不要です。**<br>登録者証は、自治体における障害福祉サービスの受給申請やハローワーク等で難病患者であることの証明が必要な際に、医師の診断書の代わりに活用することができる証明書です。 |

## 個人情報の利用に関する同意

**（個別避難計画の作成等、法に基づく情報提供の依頼があった場合は同意の有無によらず情報提供を行います。）**

申請にあたって提供した個人情報が、次の各目的に利用されることに同意します。
（（１）～（３）は必須項目のため〇は不要です。（４）～（６）の項目は同意しない場合のみ、右蘭に〇をしてください。）

| | | |
|---|---|---|
| (1) | 特定医療費の支給決定に必要な事務のため | 必須 |
| (2) | 医療保険の保険者に対して、所得区分に関する情報を求めること及び情報を提供すること (医療保険加入者のみ) | 必須 |
| (3) | 国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って患者及び支給認定基準世帯員の必要な地方税関係情報について取得すること（共済組合員のみ） | 必須 |
| (4) | 「指定難病のしおり」15ページ<本同意書に関する説明>のとおり、臨床調査個人票を指定難病に関する創薬の研究開発等に利用するため | 同意しない |
| (5) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした訪問相談や医療相談等の事業を実施するため。 | 同意しない |
| (6) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした講演会等を行うにあたり案内等を送付するため | 同意しない |

## 事務処理欄

| 全員確認 | 臨床調査個人票 | 画像等 | 軽症高額該当 | 高額継続該当 | 人工呼吸器装着 | 該当者のみ | 生活保護 | 難病医療費証明 | 難病・小慢証明 | 障害年金等証明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ ・ 免除 | CD・紙・無 | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| その他書類確認 | MN確認 | 身元確認 | 住民票 | 資格確認書等 | 税証明 | 自己負担限度額管理票 | 長期入院の申出 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MNカード・住民票・通知カード | MNカード・免許証・パスポート その他 (　) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

# 本人控え(提出不要)　特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

| 申請種別 | 新規／転入 (○印をつける) | (転入の場合) ⇒ 都道府県　市区町村　から | 以前の受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

私（患者）は、特定医療費の支給を申請します。

神奈川県知事　殿

(フリガナ)　令和　年　月　日
患者氏名

＜委任状欄＞患者以外の方（任意代理人の方）が申請する場合に記入してください。
私（患者）は、次の者を代理人と定め、特定医療費の支給申請手続きを委任します。

(フリガナ)　令和　年　月　日
代理人氏名

## 患者情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 電話番号 | ー　ー | 生年月日 | 大・昭 平・令　年　月　日 | |
| 住所地 | 〒　ー | | | |
| 健康保険等の種類 (○印をつける) | 国民健康保険　/　国民健康保険組合　/　後期高齢者医療制度　/　社会保険　/　生活保護　/　その他 | | | |
| 医療保険 (マイナ保険証の方でも記入が必須です) 保険者名称 | (保険組合などの名称) | 被保険者 | 氏名 | (保険に加入している方の名前) |
| 記号・番号 被保険者番号 | (記号)　(番号又は被保険者番号) | | 患者との続柄 | 本人　・　本人以外 |

## 疾病・臨床調査個人票情報

| | | |
|---|---|---|
| 指定難病の名称 申請するもの全て記入 | ① (疾病名) | |
| | ② (疾病名) | |
| | ③ (疾病名) | |
| 臨床調査個人票作成医療機関名称 | | |
| 臨床調査個人票の診断日 医師氏名のページ参照 | 年　月　日 | 【左記の欄が申請日から１か月以上前の年月日となっている理由】<br>☐　臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br>☐　症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐　大規模災害に被災したこと等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>☐　その他(　　) |

## 送付先・保護者

▼　患者本人が18歳未満の場合は必ず記入、または、上記住所地以外への送付を希望する場合に記入　▼

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | （続柄：　） | 電話番号 | ー　ー |
| 送付先 | 〒　ー | | |

## 該当者記入欄

▼　特例を申請する場合は、☐にレ点を記入　▼
（記入がない場合、特例は認定されません。各特例の詳細は「指定難病のしおり」13,14ページをご覧ください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | 軽症高額該当特例 | ☐ | 人工呼吸器等装着者特例 |
| ☐ | 高額難病治療継続特例 | ☐ | 世帯内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者が他にいる または、申請者が小児慢性特定疾病を併用している |

▼　障害年金や遺族年金など、「指定難病のしおり」８ページに掲げる収入がある場合は記入　▼

| | | | |
|---|---|---|---|
| 種類 | 障害年金　遺族年金　その他（　） | 金額 | 円 |
| 添付書類 | 年金振込通知書　/　年金額改定通知書　/　その他（　）　/　なし | | |

| 保健所等受理印 | | 県受理印 | | 事務処理欄 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 診断日 | 理由 | 階層区分 |
| | | | | | | |

# 支給認定基準世帯員とマイナンバー（個人番号）

患者や支給認定基準世帯員に**指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合**は、該当するものに〇をつけ、受給者番号を記入してください。

市区町村欄には、次に該当する市区町村(市町村民税の課税地)を記入してください。
・**1～6月**に申請する方　**申請する日の前年**１月１日に居住していた市区町村
・**7～12月**に申請する方　**申請する年**の１月１日に居住していた市区町村

**患者本人のマイナンバーを確認できる資料の提出、または、保健所窓口での番号及び本人確認が必要です。**

| | 氏名 | 生年月日 | 患者から見た続柄 | 受給中の関連特定医療費制度 / 上記の受給番号 | 1月1日時点在住の市区町村名 |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者 | 左記のとおり | | 本人 | 小児慢性特定疾病 | |
| 支給認定基準世帯員 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| 支給認定基準世帯員 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| 支給認定基準世帯員 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |
| 支給認定基準世帯員 | | 大・昭 平・令　年　月　日 | 患者の | 指定難病・小児慢性特定疾病 | |

※　支給認定基準世帯員以外の方は記載しないでください。
どなたが支給認定基準世帯員に該当するかは、「指定難病のしおり」９ページをご覧ください。

▼　登録者証の申請を希望しない方は☐にレ点を記入　▼

| | |
|---|---|
| ☐ | **審査の結果、診断基準を満たした場合、登録者証の発行は不要です。**<br>登録者証は、自治体における障害福祉サービスの受給申請やハローワーク等で難病患者であることの証明が必要な際に、医師の診断書の代わりに活用することができる証明書です。 |

## 個人情報の利用に関する同意

**（個別避難計画の作成等、法に基づく情報提供の依頼があった場合は同意の有無によらず情報提供を行います。）**

申請にあたって提供した個人情報が、次の各目的に利用されることに同意します。
（（1）～（3）は必須項目のため〇は不要です。（4）～（6）の項目は同意しない場合のみ、右蘭に〇をしてください。）

| | | |
|---|---|---|
| (1) | 特定医療費の支給決定に必要な事務のため | 必須 |
| (2) | 医療保険の保険者に対して、所得区分に関する情報を求めること及び情報を提供すること (医療保険加入者のみ) | 必須 |
| (3) | 国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って患者及び支給認定基準世帯員の必要な地方税関係情報について取得すること（共済組合員のみ） | 必須 |
| (4) | 「指定難病のしおり」15ページ<本同意書に関する説明>のとおり、臨床調査個人票を指定難病に関する創薬の研究開発等に利用するため | 同意しない |
| (5) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした訪問相談や医療相談等の事業を実施するため。 | 同意しない |
| (6) | 県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・介助者を対象とした講演会等を行うにあたり案内等を送付するため | 同意しない |

## 事務処理欄

| 全員確認 | 臨床調査個人票 | 画像等 | 軽症高額該当 | 高額継続該当 | 人工呼吸器装着 | 該当者のみ | 生活保護 | 難病医療費証明 | 難病・小慢証明 | 障害年金等証明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐　・　免除 | CD・紙・無 | ☐ | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| その他書類確認 | MN確認 | 身元確認 | 住民票 | 資格確認書等 | 税証明 | 自己負担限度額管理票 | 長期入院の申出 | その他 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MNカード・住民票・通知カード | MNカード・免許証・パスポート その他 (　) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |