

特定医療費支給認定申請書(新規・転入用)

転入の 場合→	都道 府県	市区 町村	から	以前の 受給者番号						
カナガワ タロウ		電話番号		0 4 5 - 1 2 3 - 4 5 6 7						
から 神奈川 太郎		生年月日		大・昭 5 2 年 3 月 3 日 平・令						
7 〇〇市××町1丁目2番3号										
に 記入	〇〇市		被保険者氏名		神奈川 太郎					
者番号	記号 00	番号 123456	患者からみた 被保険者		☒ 本人 ・ ☐ 本人以外					

保険証を確認しながら
ご記入ください。
生活保護の方は、
「保険者名称」欄に
「生活保護」とご記入
ください。

この欄に記載された場合、県から書類を送りする際の送付先として登録します。
今後、送付先を変更したい場合には、変更の届出をしてください。

臨床調査個人票の疾病名をご記入ください。

特例制度の認定を希望される方は、
□に✓をつけてください。
制度の詳細は「指定難病のしおり」の
14・15ページをご確認ください。

市町村民税が非課税の世帯の方のみ記入
が必要な項目です。
対象期間は前年の1月～12月分です。
年間受給額が80万円以下の場合は、これ
らに関する証明書類をご提出ください。
必要な添付書類は「指定難病のしおり」
8ページをご確認ください。

送付先・保護者	氏名		電話番号	
	居住地	〒 ー ー		

特例制度の認定を希望される方は、
□に✓をつけてください。
制度の詳細は「指定難病のしおり」の
14・15ページをご確認ください。

特例制度 の申請	☒	軽症高額該当特例		申請年度の属する月	に関する月ごとの
	☐	高額難病治療継続特例		申請日の属する月	に該当する場合に該当
	☐	人工呼吸器等装着者		医療費総額が50,000円以上	
	☐	ご家族に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者（本人含む）がいる方		常時、人工呼吸器等を使用している方 ご家族に該当者がいる方	

市町村民税が非課税の世帯の方のみ記入
が必要な項目です。
対象期間は前年の1月～12月分です。
年間受給額が80万円以下の場合は、これ
らに関する証明書類をご提出ください。

指定難病で受診している主な医療機関等をご記入ください。

世帯の市町村民税が非課税であり、該当年の1月～12月に、「難病のしおり」は、以下の欄をご記載ください。 ※高齢年金（厚生・基礎）のみを受給している世帯は、この欄を空欄で構いません。

種 類 (該当に○)	障 害 年 金 ・ 遺 族 年 金 ・ そ の 他 給 付 金	そ の 他 給 付 金 の 名 称	受 給 額 (不明の場合は空白)	添 付 書 類 (該当に○)
	780,000 円			年金振込通知書 ・ 年金額改定通知書 ・ その他 ・ なし

特定医療を受ける 指定医療機関	1	名称	〇〇病院	所在地	〇〇市××町1-1-1
	2	名称	〇〇薬局		〇〇市××町1-1-2

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	令和7年〇月〇日	【左記の ☒ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他	指定難病で受診している主な医療機関等をご記入ください

有効期間開始日は、重症度分類を満たしていると指定医が診断した日まで遡ることができるようになりました。
医師が認定を受けられると診断した日をご記入ください。
また、診断された日から申請までに、時間を要したことに理由がある場合には、該当するものに✓をつけてください。

診断年月	有効期間開始日は、重症度分類を満たしていると指定医が診断した日まで遡ることができるようになりました。 医師が認定を受けられると診断した日をご記入ください。 また、診断された日から申請までに、時間を要したことに理由がある場合には、該当するものに✓をつけてください。
重症判定	
受理日	
受付番号	

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)について

支給認定基準世帯員の氏名、生年月日等を記入してください。
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○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月～ 6月に申請する方は、申請する日の前年 1月1日に居住していた市区町村
- ・ 7月～12月に申請する方は、申請する年の 1月1日に居住していた市区町村

氏名		生年月日		続柄		特定医療費を受給している方 ・ 受給者番号		1月1日に居 住していた 市区町村												
患者	左記のとおり						本人	小児慢性特定疾病		〇〇市										
マイナンバー	1	2	3	4	5	6		7	8		9	0	1	2						
支給認定基準 世帯員	神奈川 花子						大・昭 平・令	50年	5月	5日	患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	〇〇市							
マイナンバー	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4		妻						
支給認定基準 世帯員	神奈川 一郎						大・昭 平・令	12年	9月	9日	患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	〇〇市							
マイナンバー	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6		子	1	2	3	4	5	6
支給認定基準 世帯員							大・昭	年	月	日	患者の	指定難病・小児慢性特定疾病								

表紙右側の支給認定基準世帯員表で対象となる方をご確認いただき、対象の世帯員を全員ご記入ください。
マイナンバーを記入して申請される方は、番号を確認しながら正確にご記入ください。

ご家族や本人が、指定難病か小児慢性特定疾病の支給認定を受けている場合は、該当するものに○を付け、受給者番号をご記入ください。

表紙右側の支給認定基準世帯員表で対象となる方をご確認いただき、対象の世帯員を全員ご記入ください。

マイナンバーを記入して申請される方は、番号を確認しながら正確にご記入ください。

ご家族や本人が、指定難病か小児慢性特定疾病の支給認定を受けている場合は、該当するものに○を付け、受給者番号をご記入ください。

必ずどちらかに✓をつけてください。

私は、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票が、☒ 本同意書に関する説明※のとおり、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用

※ 詳細は「指定難病のしおり」16ページをご確認ください。

☒ 同意する
☐ 同意しない

必ずどちらかに✓を

私は、特定医療費の支給を申請します。なお、申請にあたっては、**以下のとおりです。**

- ・ 特定医療費の給付を受けるにあたり、加入する健康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。
- ・ 神奈川県及び県内市町村が難病対策に関する目的に利用すること。
- ・ 県保健福祉事務所及び市保健所が行う訪問相談や医療相談、講演会等の案内に利用すること。

川 県知事 殿

患者氏名 神奈川 太郎

令和 7年 〇月 ×日

＜委任状欄＞（患者以外の方（任意代理人の方）が申請される場合に記入してください）

私(患者)は、【代理人氏名】 神奈川 花子 を代理人と定め、特定医療費の支給認定申請に係る手続を委任します。

委任者(患者)住所 令和 7年 〇月 ×日

委任者（患者）住所

令和 7年 〇月 ×日

神奈川県知

氏名 神奈川 太郎

申請者以外の方が窓口で申請される場合は、この委任状欄にご記入ください。
窓口でお手続きされた方が代理人、申請者が委任者です。

		所等窓口使用欄					
		生活保護	難病医療費 の証明書類	按分の 証明書類	障害年金等 証明書類	MIN確認	身元確認
要 確 認	申請者以外の方が窓口で申請される場合は、この委任状欄にご記入ください。 窓口でお手続された方が代理人、申請者が委任者です。	☐	☐	☐	☐	MINカード・ 住民票・ 通知カード	MINカード・免許証・ パスポート・ その他 ()