

本課用													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																				
	フリガナ									電話番号			—						—																	
患 者 に つ い て	氏名									生年月日			大・昭 平・令						年						月						日					
	居住地			〒 —																																
	医療 保険			保険者名称									被保険者氏名																							
				記号・番号 又は被保険者番号			記号			番号			患者からみた 被保険者			本人 ・ 本人以外																				
	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)																																			

↓ 今後の難病に関する書類の送付を、患者の居住地以外の所へ希望される方は、「送付先」欄にご記入ください。
患者本人が18歳未満の場合には、保護者についてご記入ください。

送付先・ 保護者	氏名			電話番号			—			—			患者との続柄							
	居住地			〒 —																

特例制度 の申請	☐	軽症高額該当特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>33,330円</u> を超える月が <u>3回以上</u> ある場合に該当
	☐	高額難病治療継続特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>50,000円</u> を超える月が <u>6回以上</u> ある場合に該当
	☐	人工呼吸器等装着者		常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	☐	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		ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

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」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※老齢年金（厚生・基礎）のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。

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)	円			添付書類 (該当に○)			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				所在地			
	2	名称				所在地			

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	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】 ☐ 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 											
---	-------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事務処理欄				保 健 所 等 収 受 印		県 収 受 印	
診断年月日	／		階層区分				
重症判定日	／						
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

- ・ 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

[illegible]

☐同意する

☐同意しない

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、次の内容に同意したものとします。

- ・ 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。

神奈川県知事 殿

患者氏名

令和 年 月 日

私(患者)は、【代理人氏名： _____】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 ____ 年 ____ 月 ____ 日

神奈川県知事 殿

氏名

令和 年 月 日

要 確 認	臨床調査 個人票	画像等	保険証	該 当 者 の み	住民票	税証明	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	MN確認	身元確認
	☐	CD・紙 無	☐		☐	☐	☐ (社会保険で 非課税者は必須)	☐	☐	☐	☐	MNカード・ 住民票・ 通知カード

保健所控														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												
	フリガナ						電話番号		— —														
患 者 に つ い て	氏名						生年月日		大・昭 年 月 日 平・令														
	居住地		〒 —																				
	医療 保険	保険者名称								被保険者氏名													
		記号・番号 又は被保険者番号		記号		番号		患者からみた 被保険者		本人 ・ 本人以外													
	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)																						

↓ 今後の難病に関する書類の送付を、患者の居住地以外の所へ希望される方は、「送付先」欄にご記入ください。
患者本人が18歳未満の場合には、保護者についてご記入ください。

送付先・ 保護者	氏名		電話番号		— —		患者との続柄			
	居住地		〒 —							

特例制度 の申請	☐	軽症高額該当特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>33,330円</u> を超える月が <u>3回以上</u> ある場合に該当
	☐	高額難病治療継続特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>50,000円</u> を超える月が <u>6回以上</u> ある場合に該当
	☐	人工呼吸器等装着者		常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	☐	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		ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

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」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※老齢年金（厚生・基礎）のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。

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)	円		添付書類 (該当に○)		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			所在地		
	2	名称			所在地		

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	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】 ☐ 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 ()									
---	-------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事務処理欄			保 健 所 等 収 受 印		県 収 受 印	
診断年月日	／	階層区分				
重症判定日	／					
受理日	／					
受付番号						

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。

- ・ 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		
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										

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されることへの同意します。

※ 詳細は「指定難病のしおり」16ページをご確認ください。

☐ 同意しない

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、次の内容に同意したものとします。

- ・ 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。

神奈川県知事 殿

患者氏名

令和 年 月 日

私(患者)は、【代理人氏名： _____】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 ____ 年 ____ 月 ____ 日

神奈川県知事 殿

氏名

令和 年 月 日

要 確 認	臨床調査 個人票	画像等	保険証	該 当 者 の み	住民票	税証明	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	MN確認	身元確認
	☐	CD・紙 無	☐		☐	☐ (社会保険で 非課税者は必須)	☐	☐	☐	☐	☐	MNカード・ 住民票・ 通知カード

本人控（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							
	フリガナ				電話番号	— —							
	氏名				生年月日	大・昭 平・令	年		月		日		
	居住地	〒 —											
	医療 保険	保険者名称					被保険者氏名						
		記号・番号 又は被保険者番号		記号	番号		患者からみた 被保険者		本人 ・ 本人以外				
患者 に つ い て	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)												

↓ 今後の難病に関する書類の送付を、患者の居住地以外の所へ希望される方は、「送付先」欄にご記入ください。
患者本人が18歳未満の場合には、保護者についてご記入ください。

送付先・ 保護者	氏名		電話番号	— —	患者との続柄	
	居住地	〒 —				

特例制度 の申請	☐	軽症高額該当特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>33,330円</u> を超える月が <u>3回以上</u> ある場合に該当
	☐	高額難病治療継続特例		申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が <u>50,000円</u> を超える月が <u>6回以上</u> ある場合に該当
	☐	人工呼吸器等装着者		常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	☐	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		ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

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」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※老齢年金（厚生・基礎）のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。

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)	円	添付書類 (該当に○)	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		所在地	
	2	名称		所在地	

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	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】 ☐ 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
-----------------------------	-------	---

事務処理欄			保健所等 収受印	県収受印
診断年月日	／	階層区分		
重症判定日	／			
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

- ・ 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		
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										
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	
マイナンバー										

☐同意する

☐同意しない

患者氏名

令和 年 月 日

委任者（患者）住所

令和 年 月 日

氏名

要 確 認	臨床調査 個人票	画像等	保険証	該 当 者 の み	住民票	税証明	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	MN確認	身元確認
	☐	CD・紙 無	☐		☐	☐ (社会保険で 非課税者は必須)	☐	☐	☐	☐	☐	MNカード・ 住民票・ 通知カード