

特定医療費支給認定申請書（更新用）

《申請書の記入と提出の注意事項》

- 記入例（この表紙の裏面）と「更新手続のご案内」を参照の上、必要事項を漏れなくご記入ください。
 - この申請書は複写式となっています。提出方法によりご提出いただくページが異なりますので、以下をご確認の上、ご提出ください。
- がん・疾病対策課へ提出する場合（郵送）： 2枚目「本課用」のみ
○ 保健所等へ直接提出される場合： 2枚目から4枚目

- 1枚目（表紙・記入例）
2枚目（申請書・本課用）
3枚目（申請書・保健所控）
4枚目（申請書・本人控）

- 申請書と一緒に提出が必要となる書類は、同封の冊子「更新手続のご案内」（P2～6）をご確認ください。

※ 受給者証の有効期間終了後は更新申請はできません。新規申請として受け付けます。
なお、その申請が認定となった場合の有効期間開始日は、新規申請に準じます。

《臨床調査個人票の研究利用への同意について》

次の【厚生労働省からのお知らせ】をご確認の上、申請書に添付された臨床調査個人票を①厚生労働省のデータベースへの登録及び②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、申請書の同意欄へ同意をお願いします。

【厚生労働省からのお知らせ（原文）】

《本同意書に関する説明》

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

《データベースに登録される情報と個人情報保護》

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

《データベースに登録された情報の活用方法》

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等

を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

《同意の撤回》

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

記入例は裏にあります

記入例		特定医療費支給認定申請書(更新用)										本課用				
												受給者証に記載のある番号です。				
患者情報	フリガナ											電話番号	— —			
	氏名											生年月日	大・昭 平・令	年 月	日中連 を ご記	
	住所地	〒 — ○○市××町一丁目2番3号										住民票のとおりにご記入				
	医療 保険者名称											臨床調査個人票の疾病名をご記入ください。				
申請事項等	後期高齢者は、保険者名称欄は「○○県」とご記入いただいて構いません。															
	現在の疾患に ☒ 変更なし ☐ 追加する ☐ 変更する															
	患者の住所地以外へ書類の送付を希望される場合、下に宛名等をご記入ください。															
	宛名(氏名)												疾患を追加・変更する場合はどちらかにレ点を入れた上で別に変更申請書をご提出ください。			
	送付先		〒 —										は、以			
	以下の特例について申請「軽症高額該当特例」または「提出が必要となります」															
	特例制度		☐											特例制度の認定を希望される方は、必ず□にレ点を入れた上で、必要書類をご提出ください。制度の詳細は「更新手続のご案内」6ページ、8～9ページをご確認ください。		
			☐	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50,000円を超える月が6回以上ある場合に該当	
			☐	人工呼吸器等装着者											常時、人工	
			☐	同じ医療保険に加入されていて指定難病や小児慢性特定疾病(本人含む)の受給者がいる方											同じ医療保 が いる 場	
世帯の市町村民税が非課税であり、令和6年1月～12月に障害年金を受給してください。※ ※高齢基礎年金のみを受給している場合は、ご記入の必要ありません。																
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																
<臨床調査個人票の研究利用への同意について> 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ご利用されることへの同意 ※ 詳細は「特定医療費認定申請書(更新用)」1ページをご確認ください。																
申請書(更新用)の提出が10月1日以降となる方のみ記入												【提出が10月1日以降となった理由】 ☐ 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 【				
令和5年10月の法改正により、一定の要件を満たす方について、10月1日以降の申請であっても有効期間開始日を令和7年10月1日とすることが可能となりました。詳細は県HPをご確認ください。																
保健所等受理印																

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)について

患者、支給認定基準世帯員のマイナンバー等を記入してください。

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○をつけ、受給者番号を記入してください。市区町村欄には、令和7年1月1日時点の居住地(市区町村まで)を記入してください。

の取りやすい電話番号
ください。

マイナンバーカードなどを
確認しながらご記入ください。

特定医療費を受給している方
・
受給者番号

市区町村
7年1月1日時
点の居住地

ださい。

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

123456789012

大・昭
平・令

56年3月3日

患者の

指定難病・小児慢性特定疾病

〇〇市

支給
認定
基準
世帯員

氏名

神奈川 花子

大・昭
平・令

56年3月3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

567890123456

大・昭
平・令

27年7月7日

患者の

指定難病 小児慢性特定疾病

〇〇市

支給
認定
基準
世帯員

氏名

神奈川 一郎

大・昭
平・令

27年7月7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

345678901234

大・昭
平・令

27年7月7日

患者の

指定難病 小児慢性特定疾病

〇〇市

支給
認定
基準
世帯員

氏名

大・昭
平・令

年 月 日

患者の

病・小児慢性特定疾病

〇〇市

マイ
ナン
バー

年 月 日

〇〇市

支給認定基準世帯員となる方全員分をご記入く
ださい。詳細は「更新手続のご案内」4ページ
をご確認ください。

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。

私(患者)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

神奈川 太郎

令和 7年 〇月 〇日

<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(指定難病)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 〇〇市××町一丁目2番地3号 令和 7年 〇月 〇日

神奈川県知事 殿

神奈川 太郎

<本人チェック欄> 以下の書類が準備されていることを確認できた場合は、□にレ てください。

【全員】

☑ 臨床調査個人票

【マイナンバーを記載して申請する場合】

☑ マイナンバーカードのコピー(患者分)

☐ またはマイナンバー確認書類
及び本人確認書類のコピー(患者分)

☐ 該当する方が提出する書類※2

※1 生活保護を受給されている場合は、更新手続のご案内6ページ⑧をご確認ください。

※2 該当する書類については、更新手続のご案内3ページ及び6ページをご確認ください。

※3 どなたの分の書類が必要になるかは、更新手続のご案内4ページ及び5ページをご確認ください。

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、患者が
委任者です。

保健所等窓口使用欄

要確認

臨床調査
個人票

軽症高額
該当

高額かつ
長期該当

人工呼吸器等
装着者

該当者
のみ

生活保護

難病医療費
証明

指定難病・小児慢性
疾病証明

障害年金等
証明

その他書類
確認

住民票

保険証等

税証明

MN確認

身元確認

自己負担限度額
管理票

その他

特定医療費支給認定申請書(更新用)											本課用			
患 者 情 報	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						
	住所地	〒 —												
	医療 保険	保険者名称					被保険者名							
		記号・番号又は 被保険者番号					申請者からみた 被保険者	本人 ・ 本人以外						
指定難病の名称 今回更新する疾患名を 全て記入してください							現在の 疾患に	☐ 変更なし ☐ 追加する ☐ 変更する						
申 請 事 項 等	患者の 住所地以外 へ書類の送付を希望される場合は、以下に宛名等をご記入ください。 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。													
	宛名(氏名)					電話番号	— —			続 柄				
	送付先		〒 —											
	以下の 特例 について申請される場合は、 □にレ点 を記入してください。 「軽症高額該当特例」または「高額難病治療継続特例」を申請される場合は「 自己負担限度額管理票 」またはそれに準ずる 領収書等の提出が必要となります。□にレ点が無い場合は、確認書類の添付があっても、申請の対象とはなりませんのでご注意ください。													
	特例制度	☐	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 33,330円 を超える月が 3回以上 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 50,000円 を超える月が 6回以上 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									
		☐	同じ医療保険に加入されていて 指定難病や小児慢性特定疾病 (本人含む) の受給者がいる方		同じ医療保険の加入者（小児特定慢性疾病は本人を含む）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、令和6年1月～12月に 障害年金や遺族年金等の課税対象とならない収入がある場合 は以下の欄をご記入ください。※ ※高齢基礎年金のみを受給している場合は、ご記入の必要はありません。													
	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								
<臨床調査個人票の研究利用への同意について> 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ご利用されることへの同意します。 ※ 詳細は「特定医療費認定申請書（更新用）」1ページをご確認ください。											☐ 同意する ☐ 同意しない			
申請書（更新用）の提出が 10月1日以降となる方のみ記入			【提出が10月1日以降となった理由】 ☐ 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 【 】											
保 健 所 等 受 理 印			県 受 理 印		事務処理欄	患者と支給認定基準世帯員の 市町村民税（所得割）の合計額は25.1万円以上です。 こちらに○印をつけると、原則として自己負担上限額は最高額となりますが、市町村民税の課税状況の確認書類の提出が不要です。（ただし、国民健康保険組合（一部を除く）にご加入の方は除きます。）詳細は「更新手続のご案内」をご覧ください。								
					階層区分									
					該当する場合、○印をつけてください→									

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)について																
患者、支給認定基準世帯員のマイナンバー等を記入してください。 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○をつけ、受給者番号を記入してください。市区町村欄には、令和7年1月1日時点の 居住地（市区町村まで） を記入してください。																
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			市区町村 7年1月1日時点の居住地	
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	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															
私(患者)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					
<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：_____】を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続を委任します。 神奈川県知事 殿																
委任者（患者）住所 令和 年 月 日																
<本人チェック欄> 以下の書類が準備されていることを確認できた場合は、□にレ点を記入してください。																
【全員】 ☐ 臨床調査個人票					【マイナンバーを記載して申請する場合】 ☐ マイナンバーカードのコピー（患者分） ☐ またはマイナンバー確認書類 及び本人確認書類のコピー（患者分） ☐ 該当する方が提出する書類※2					【マイナンバーを記載せず申請する場合】 ☐ 住民票の写し（世帯全員分） ☐ 健康保険証等のコピー (患者及び支給認定基準世帯員分)※1 ☐ 市町村民税の課税状況の確認書類※3 ☐ 該当する方が提出する書類※2						
※1 生活保護を受給されている場合は、更新手続のご案内6ページ⑧をご確認ください。 ※2 該当する書類については、更新手続のご案内3ページ及び6ページをご確認ください。 ※3 どなたの分の書類が必要になるかは、更新手続のご案内4ページ及び5ページをご確認ください。																
保健所等窓口使用欄																
要確認	臨床調査 個人票	軽症高額 該当	高額かつ 長期該当	人工呼吸器等 装着者	該当者 のみ	生活保護	難病医療費 証明	指定難病・小児慢性 疾病証明	障害年金等 証明							
	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐						
その他書類 確認	住民票	保険証等	税証明	MN確認	身元確認		自己負担限度額 管理票		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（		☐									

特定医療費支給認定申請書(更新用)										保健所控		
患 者 情 報	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				
	住所地	〒 —										
	医療 保険	保険者名称					被保険者名					
		記号・番号又は 被保険者番号					申請者からみた 被保険者	本人 ・ 本人以外				
指定難病の名称 今回更新する疾患名を 全て記入してください							現在の 疾患に	☐ 変更なし				
☐ 追加する ☐ 変更する												
申 請 事 項 等	患者の 住所地以外 へ書類の送付を希望される場合は、以下に宛名等をご記入ください。 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。											
	宛名(氏名)					電話番号	— —		続 柄			
	送付先		〒 —									
	以下の特例について申請される場合は、 □にレ点を記入してください。 「軽症高額該当特例」または「高額難病治療継続特例」を申請される場合は「 自己負担限度額管理票 」またはそれに準ずる領収書等の提出が必要となります。 □にレ点が無い場合は、確認書類の添付があっても、申請の対象とはなりませんのでご注意ください。											
	特例制度	☐	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 33,330円 を超える月が 3回以上 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 50,000円 を超える月が 6回以上 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							
		☐	同じ医療保険に加入されていて 指定難病や小児慢性特定疾病 (本人含む) の受給者がいる方		同じ医療保険の加入者（小児特定慢性疾病は本人を含む）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、令和6年1月～12月に障害年金や遺族年金等の課税対象とならない収入がある場合は以下の欄をご記入ください。※ ※高齢基礎年金のみを受給している場合は、ご記入の必要はありません。											
	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						
<臨床調査個人票の研究利用への同意について> 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ご利用されることへの同意します。 ※ 詳細は「特定医療費認定申請書（更新用）」1ページをご確認ください。										☐ 同意する ☐ 同意しない		
申請書（更新用）の提出が 10月1日以降となる方のみ記入			【提出が10月1日以降となった理由】 ☐ 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 【 】									
保 健 所 等 受 理 印		県 受 理 印		事務処理欄	患者と支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の合計額は25.1万円以上です。 こちらに○印をつけると、原則として自己負担上限額は最高額となりますが、市町村民税の課税状況の確認書類の提出が不要です。（ただし、国民健康保険組合（一部を除く）にご加入の方は除きます。）詳細は「更新手続のご案内」をご覧ください。							
				階層区分								
								該当する場合、○印をつけてください→				

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)について											
患者、支給認定基準世帯員のマイナンバー等を記入してください。 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○をつけ、受給者番号を記入してください。市区町村欄には、令和7年1月1日時点の居住地（市区町村まで）を記入してください。											
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			市区町村 7年1月1日時点の居住地	
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	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										
私(患者)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			
<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：_____】を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続を委任します。 神奈川県知事 殿 委任者（患者）住所 令和 年 月 日											
<本人チェック欄> 以下の書類が準備されていることを確認できた場合は、□にレ点を記入してください。 【全員】 ☐ 臨床調査個人票											
【マイナンバーを記載して申請する場合】 ☐ マイナンバーカードのコピー（患者分） ☐ またはマイナンバー確認書類 及び本人確認書類のコピー（患者分） ☐ 該当する方が提出する書類※2				【マイナンバーを記載せず申請する場合】 ☐ 住民票の写し（世帯全員分） ☐ 健康保険証等のコピー (患者及び支給認定基準世帯員分)※1 ☐ 市町村民税の課税状況の確認書類※3 ☐ 該当する方が提出する書類※2							
※1 生活保護を受給されている場合は、更新手続のご案内6ページ⑧をご確認ください。 ※2 該当する書類については、更新手続のご案内3ページ及び6ページをご確認ください。 ※3 どなたの分の書類が必要になるかは、更新手続のご案内4ページ及び5ページをご確認ください。											
保健所等窓口使用欄											
要確認	臨床調査 個人票	軽症高額 該当	高額かつ 長期該当	人工呼吸器等 装着者	該当者 のみ	生活保護	難病医療費 証明	指定難病・小児慢性 疾病証明	障害年金等 証明		
	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐		
その他書類 確認	住民票	保険証等	税証明	MN確認	身元確認		自己負担限度額 管理票		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（		☐				

特定医療費支給認定申請書(更新用)											本人控			
患 者 情 報	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	
	住所地	〒 —												
	医療 保険	保険者名称					被保険者名							
		記号・番号又は 被保険者番号					申請者からみた 被保険者		本人 ・ 本人以外					
指定難病の名称 今回更新する疾患名を 全て記入してください							現在の 疾患に	☐ 変更なし ☐ 追加する ☐ 変更する						
申 請 事 項 等	患者の 住所地以外 へ書類の送付を希望される場合は、以下に宛名等をご記入ください。 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。													
	宛名(氏名)					電話番号	— —			続 柄				
	送付先		〒 —											
	以下の特例について申請される場合は、 □にレ点を記入してください。 「軽症高額該当特例」または「高額難病治療継続特例」を申請される場合は「 自己負担限度額管理票 」またはそれに準ずる領収書等の提出が必要となります。 □にレ点が無い場合は、確認書類の添付があっても、申請の対象とはなりませんのでご注意ください。													
	特例制度	☐	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 33,330円 を超える月が 3 回以上 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 50,000円 を超える月が 6 回以上 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									
		☐	同じ医療保険に加入されていて 指定難病や小児慢性特定疾病 (本人含む) の受給者がいる方		同じ医療保険の加入者（小児特定慢性疾病は本人を含む）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、令和6年1月～12月に障害年金や遺族年金等の課税対象とならない収入がある場合は以下の欄をご記入ください。※ ※高齢基礎年金のみを受給している場合は、ご記入の必要はありません。													
	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							
<臨床調査個人票の研究利用への同意について> 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ご利用されることへの同意します。 ※ 詳細は「特定医療費認定申請書（更新用）」1ページをご確認ください。											☐ 同意する ☐ 同意しない			
申請書（更新用）の提出が 10月1日以降となる方のみ記入			【提出が10月1日以降となった理由】 ☐ 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 【 】											
保 健 所 等 受 理 印		県 受 理 印		事務処理欄		患者と支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の合計額は25.1万円以上です。 こちらに○印をつけると、原則として自己負担上限額は最高額となりますが、市町村民税の課税状況の確認書類の提出が不要です。（ただし、国民健康保険組合（一部を除く）にご加入の方は除きます。）詳細は「更新手続のご案内」をご覧ください。								
				階層区分										
				該当する場合、○印をつけてください→										

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)について																		
患者、支給認定基準世帯員のマイナンバー等を記入してください。 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○をつけ、受給者番号を記入してください。市区町村欄には、令和7年1月1日時点の居住地（市区町村まで）を記入してください。																		
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			市区町村 7年1月1日時点の居住地			
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	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																	
私(患者)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							
<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：_____】を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続を委任します。 神奈川県知事 殿																		
委任者（患者）住所 令和 年 月 日																		
<本人チェック欄> 以下の書類が準備されていることを確認できた場合は、□にレ点を記入してください。																		
【全員】 ☐ 臨床調査個人票					【マイナンバーを記載して申請する場合】 ☐ マイナンバーカードのコピー（患者分） ☐ またはマイナンバー確認書類 及び本人確認書類のコピー（患者分） ☐ 該当する方が提出する書類※2					【マイナンバーを記載せず申請する場合】 ☐ 住民票の写し（世帯全員分） ☐ 健康保険証等のコピー (患者及び支給認定基準世帯員分)※1 ☐ 市町村民税の課税状況の確認書類※3 ☐ 該当する方が提出する書類※2								
※1 生活保護を受給されている場合は、更新手続のご案内6ページ⑧をご確認ください。 ※2 該当する書類については、更新手続のご案内3ページ及び6ページをご確認ください。 ※3 どなたの分の書類が必要になるかは、更新手続のご案内4ページ及び5ページをご確認ください。																		
保健所等窓口使用欄																		
要確認	臨床調査 個人票	軽症高額 該当	高額かつ 長期該当	人工呼吸器等 装着者	該当者 のみ	生活保護	難病医療費 証明	指定難病・小児慢性 疾病証明	障害年金等 証明									
	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐									
その他書類 確認	住民票	保険証等	税証明	MN確認	身元確認		自己負担限度額 管理票		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（		☐											