

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・本課提出用）
- 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) 本課提出用

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

患者氏名 (フリガナ) カナガワ タロウ 神奈川 太郎

申請する場合は記入し、医療費の支給申請手続きを
 代理人氏名 (フリガナ) カナガワ ハナコ 神奈川 花子 令和8年 〇月 〇日

必ず署名をしてください。署名がない場合は不備となります。

患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載ください。窓口でお手続きされた方が代理人、患者が委任者です。

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7

生年月日 大(昭) 55 年 5 月 5 日 電話番号 045 - 210 - 4777

住所地 〒 123 - 4567

保険等の種類 (国民健康保険) 後期高齢者医療制度 / 国民健康保険組合 / 社会保険 / 生活保護 / その他

後期高齢者は、保険者名称欄は「〇〇県」とご記入いただいて構いません。

日中連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

住民票のとおりにご記入ください。

受給者証に記載のある番号です。

マイナ保険証の方も医療保険情報を記入してください。

提出いただく臨床調査個人票の疾病名をご記入ください。疾患を追加・変更する場合は別に変更申請書の提出が必要です。

18歳未満の方は保護者の氏名や送付先を記載してください。

氏名 (続柄:) 電話番号

送付先 〒

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「更新手続きのご案内」8～9ページをご確認ください。

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(按分)

世帯の市町村民税が非課税であり、障害年金や遺族年金など、「更新手続きのご案内」6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 〇〇〇,〇〇〇 円

添付書類 (年金振込通知書) 他 () なし

市町村民税非課税世帯の方のみ記入が必要な項目です。対象期間は令和7年1月～12月分です。必要な添付書類は「更新手続きのご案内」6ページをご確認ください。

保健所等受理印 県受理印

該当する場合、〇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)

※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、保健所等窓口での番号及び本人確認が必要です。詳細は「更新手続きのご案内」2ページをご覧ください。

令和8年1月1日時点の住民票上の居住地をご記入ください。

氏名 患者のマイナンバー

本人 〇〇市

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。

※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、「更新手続きのご案内」4ページをご覧ください。

支給認定基準世帯員

氏名 神奈川 花子 大(昭) 56 年 3 月 3 日 患者の指定難病・小児慢性特定疾病 〇〇市

妻

氏名 神奈川 一郎 大(昭) 27 年 7 月 7 日 患者の指定難病・小児慢性特定疾病 〇〇市

子

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「更新手続きのご案内」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認定を受けている場合は、該当するものに〇を付け、受給者番号をご記入ください。

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、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、右欄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等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等(国共済)の審査に関する事務を処理すること(共済組合員のみ) 必須

(4) 表紙く本 同意しない

(5) 県保健福祉 同意しない

(6) 県保健福祉 同意しない

期限を過ぎた理由:

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、申請書類の準備や提出に時間を要したため

その他 ()

一定の要件を満たす方については、10月1日以降の申請であっても有効期間開始日を令和8年10月1日とすることが可能です。詳細は県HPをご確認ください。

QRコード

該当者記入欄

特定医療費支給認定申請書(更新)

本課提出用

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

受給者番号							
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	電話番号	—	—
住所地	〒 —						
保険等の種類	国民健康保険 / 後期高齢者医療制度 / 国民健康保険組合 / 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氏名)		
	記号・番号又は 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
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	継続/追加/変更	(疾患名)					
	継続/追加/変更	(疾患名)					
	継続/追加/変更	(疾患名)					
	継続/追加/変更	(疾患名)					

該当者記入欄

▼ 上記住所地以外への送付を希望する場合、または、患者本人が18歳未満の場合に記入 ▼							
氏名	(続柄：)			電話番号	—	—	
送付先	〒 —						
▼ 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「更新手続きのご案内」をご覧ください) ▼							
<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者特例				
<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	<input type="checkbox"/>	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(按分)				
▼ 世帯の市町村民税が非課税であり、障害年金や遺族年金など、「更新手続きのご案内」6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	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。詳細は「更新手続きのご案内」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)

※ 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、保健所等窓口での番号及び本人確認が必要です。
詳細は「更新手続きのご案内」2ページをご覧ください。

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	R8年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、「更新手続きのご案内」4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							

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○は不要です。(4)～(6)の項目は同意しない場合のみ、右欄に○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等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)	
(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)	
(4) 表紙<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

この申請を10月1日(申請期限が延長されている場合は、その日)以降に行う場合のみ記入

期限を過ぎでの申請になった理由:

- 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、申請書類の準備や提出に時間を要したため
- その他 ()

事務処理欄

全員確認	臨床調査個人票	軽症高額該当	高額継続該当	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	難病・小児慢性証明	障害年金等証明
	<input type="checkbox"/> ・免除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他書類確認	MN確認	身元確認		住民票	保険証等	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()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

特定医療費支給認定申請書(更新)

保健所控

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

受給者番号									
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	電話番号	—	—		
住所地	〒 —								
保険等の種類	国民健康保険 / 後期高齢者医療制度 / 国民健康保険組合 / 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氏名)			
	記号・番号又は 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
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	継続/追加/変更	(疾患名)							
	継続/追加/変更	(疾患名)							
	継続/追加/変更	(疾患名)							
	継続/追加/変更	(疾患名)							

▼ 上記住所地以外への送付を希望する場合、または、患者本人が18歳未満の場合に記入 ▼									
氏名	(続柄：)				電話番号	—	—		
送付先	〒 —								
▼ 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「更新手続きのご案内」をご覧ください) ▼									
<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者特例						
<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	<input type="checkbox"/>	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(按分)						
▼ 世帯の市町村民税が非課税であり、障害年金や遺族年金など、「更新手続きのご案内」6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					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。 こちらの○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。詳細は「更新手続きのご案内」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)

※ 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、保健所等窓口での番号及び本人確認が必要です。
詳細は「更新手続きのご案内」2ページをご覧ください。

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	R8年1月1日時点在住の市区町村名
				上記の受給番号	
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、「更新手続きのご案内」4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								

個人情報に関する同意 (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○は不要です。 (4)～(6)の項目は同意しない場合のみ、右欄に○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等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)	
(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)	
(4) 表紙<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

▼ この申請を10月1日(申請期限が延長されている場合は、その日)以降に行う場合のみ記入 ▼

期限を過ぎでの申請になった理由：

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、申請書類の準備や提出に時間を要したため

その他 ()

事務処理欄										
全員確認	臨床調査個人票	軽症高額該当	高額継続該当	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	難病・小児慢性証明	障害年金等証明	
	<input type="checkbox"/> ・免除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他書類確認	MN確認		身元確認		住民票	保険証等	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()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

患者情報

該当者記入欄

保健所等受理印

特定医療費支給認定申請書(更新) 本人控

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

受給者番号										
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	電話番号	—				
住所地	〒 —									
保険等の種類	国民健康保険 / 後期高齢者医療制度 / 国民健康保険組合 / 社会保険 / 生活保護 / その他									
医療保険 <small>(マイナ保険証の方でも記入が必須です)</small>	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氏名)			
	記号・番号又は被保険者番号	(記号)	(番号又は被保険者番号)			患者との続柄	本人	・ 本人以外		
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	継続/追加/変更	(疾患名)								
	継続/追加/変更	(疾患名)								
	継続/追加/変更	(疾患名)								
	継続/追加/変更	(疾患名)								

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

氏名	(続柄：)			電話番号	—	
送付先	〒 —					

▼ 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「更新手続きのご案内」をご覧ください) ▼

<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者特例
<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	<input type="checkbox"/>	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(按分)

▼ 世帯の市町村民税が非課税であり、障害年金や遺族年金など、「更新手続きのご案内」6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	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。 こちらの○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。詳細は「更新手続きのご案内」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→	

患者情報

該当者記入欄

支給認定基準世帯員とマイナンバー(個人番号)

※ 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、保健所等窓口での番号及び本人確認が必要です。詳細は「更新手続きのご案内」2ページをご覧ください。

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	R8年1月1日時点在住の市区町村名	
							上記の受給番号		
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、「更新手続きのご案内」4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										

個人情報に関する同意 (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○は不要です。 (4)～(6)の項目は同意しない場合のみ、右欄に○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等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)	
(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)	
(4) 表紙<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

▼ この申請を10月1日(申請期限が延長されている場合は、その日)以降に行う場合のみ記入 ▼

期限を過ぎての申請になった理由：

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、申請書類の準備や提出に時間を要したため

その他 ()

事務処理欄										
全員確認	臨床調査個人票	軽症高額該当	高額継続該当	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	難病・小児慢性証明	障害年金等証明	
	<input type="checkbox"/> ・免除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他書類確認	MN確認		身元確認		住民票	保険証等	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 ()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	