記入例

特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

本課用

転入の場合⇒ 都道府県 市区町村 から　以前の受給者番号

患者について

フリガナ	カナガワ　タロウ	電話番号	045－123－4567
氏名	神奈川　太郎	生年月日	大・(昭)・平・令　52年　3月　3日
居住地	〒123－4567　○○市××町一丁目2番3号		
保険	○○市	保険者番号	144014
保険 被保険者氏名	神奈川　太郎	患者からみた被保険者	(本人)・本人以外
保険 記号・番号又は被保険者番号	00　123456	生活保護の受給の有無	□（受給している方は□にレ点をつける）
指定難病の名称（複数ある場合は、全て記入する）	パーキンソン病		
特例制度の認定申請（希望する方は、□にレ点をつける）	☑ 軽症高額該当		
	□ 人工呼吸器等装着者とし		

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
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（○印をつける）

氏名	
患者との続柄	
居住地	〒

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、これらの給付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。

該当するものに☑
☑ 受給あり　□ 受給なし
（受給額　780,000円）
☑添付書類あり　□添付書類なし
※1月～6月に申請する方は、一昨年1月～12月の受給額
7月～12月に申請する方は、前年1月～12月の受給額

の場合は、書、支払通知い。

万円以下だと確認できた場合は、階層区分が低所得Ⅰ（Ｂ１）となりま
や、受給額が80万円を超える場合は、低所得Ⅱ（Ｂ２）となります。

特定医療を受ける指定医療機関の名称と所在地

1	名称	○○病院	所在地	○○市××町１－１－１
2	名称	○○薬局	所在地	○○市××町１－１－２
3	名称		所在地	

＜臨床調査個人票の研究利用への同意について＞

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、「 とおり、指定難病の治療研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同
※ 詳細は「指定難病のしおり」15ページをご確認ください。

上記のことに　(同意する)・同意しない　（いずれかに○印をつけてください）

事務処理欄	保健所等収受印		県収受印	
階層区分				

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

		生年月日	続柄	特定医療費受給の有無・受給者番号	市区町村（該当する年の居住地）
患者	左記のとおり		本人	小児慢性特定疾病	○○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	患者の妻	指定難病・小児慢性特定疾病	○○市
マイナンバー	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4				
支給認定基準世帯員	神奈川　一郎	大・昭(平)令　12年　9月　9日	患者の子	指定難病 (小児慢性特定疾病)	○○市
マイナンバー	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6			1 2 3 4 5 6 7	
支給認定基準世帯員		大・昭　年　月　日	患者の	指定　小児慢性特定疾病	
マ					

生活保護を受給している方は、□にレ点を入れてください。

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、□にレ点を入れてください。
制度の詳細は「指定難病のしおり」の13・14ページをご確認ください。

この欄に記載された場合、県から書類をお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。

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。

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。

私は、特定医療費の支給を申請します。また、特定医療費の給付を受けるにあたり、必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報について、神奈川県が私の加入する健康保険の保険者に報告を求めることに同意します。

令和 4 年 ○ 月 × 日

患者氏名　神奈川　太郎

＜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　○○市××町一丁目２番地３号

令和 4 年 ○ 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。
窓口でお手続された方が代理人、申請者が委任者です。

保険証を確認しながらご記入ください。

必ずどちらかに○印をつけてください。

書類】※いずれか1点
バーカード　□運転免許証・運転経歴証明書
ー　□障害者手帳　□在留カード　□特別永住者証明書
公署が発行する証明書（写真有）（　　）

書類】※いずれか2点
□健康保険証　□住民票　□社員証・学生証　□年金手帳
□児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書　□母子健康手帳　□医療受給者証
□その他官公署が発行する証明書（写真無）（　　）

※代理人による提示の場合は、上記の番号確認書類の写しで可

保健所等使用欄	支給認定基準世帯員の確認	臨個	画像等	保険証	住民票	税証明	該当者のみ	生活保護	難病医療費証明	小児慢性疾病証明	障害基礎年金等証明
	チェック欄 □	有・無	CD・紙無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無