

# 記入例

## 特定医療費支給認定申請書(新規・転入)

患者について

申請種別

書類の送付先は、患者の居住地以外の送付先へ希望される方は「送付先」欄にご記入ください。保護者本人が18歳未満の場合に必要です。

どちらかに○をつけ、転入の方はどこからの転入が右欄に記入してください。また、以前受給者だった方は、その時の受給者番号を記入してください。

市町村民税非課税世帯のみ記入してください。障害基礎年金、遺族年金、その他の給付金等を受給していますか。受給が「有(あり)」の場合は、年間受給額※を記入してください。また、年間受給額が80万円以下の場合、金額が確認できる書類(年金証書、支払通知書の写し等)を添付してください。

【重要】80万円以下であることが確認できた場合は階層区分が低所得Ⅰ(B1)となりますが、金額を確認できなかった場合は低所得Ⅱ(B2)となります。

申請者氏名、日付を必ず記入してください。

指定難病に係る... また、特定医療費の給付を受け... が必要なときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、神奈川県が私の加入する健康保険の保険者に... 求めることに同意します。

申請者氏名(患者本人の氏名。患者が18歳未満の場合は保護者氏名) 2020年 4月 1日

神奈川県知事 殿 神奈川 太郎 自署の場合は、押印不要

<臨床調査個人票の研究利用への同意について>

私は、指定難病の臨床調査個人票が、「研究利用に関するご説明」※のとおり、指定難病の治療研究... するための基礎資料として利用されることを同意します。

※ 詳細は「指定難病のしおり」をご覧ください。

上記のことに同意します。 はい・いいえ いずれかに○印をつけてください

事務処理欄 階層区分

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月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「指定難病のしおり」をご覧ください。

該当する場合は、○印をつけてください →

住民票のとおりに記入してください。

臨床調査個人票の疾病名を記入してください。

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、保護者(患者が18歳未満の場合のみ)及び支給認定基準世帯員の氏名、生年月日等を記載してください。支給認定基準世帯員のマイナンバーは、提出書類の省略を希望する場合のみ記載してください。市区町村欄には1月1日の居住地※を記入してください。

※1月1日~6月30日の申請は、申請日の前年の1月1日の居住地(市区町村まで)を記入してください。7月1日~12月31日の申請は、申請日の属する年の1月1日の居住地(市区町村まで)を記入してください。

支給	続柄	受給者番号(該当者のみ) (指定難病・小児慢性特定疾病)	市区町村 ※ 1月1日現在の居住地
患者氏名	左記のとおり		
マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		〇〇市
世帯員氏名	神奈川 花子 昭和50年 5月 5日	患者の妻	〇〇市
マイナンバー	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4		
世帯員氏名	神奈川 一郎 平成12年 9月 9日	患者の子供	〇〇市
マイナンバー	5 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6		
世帯員氏名		患者の	
マイナンバー		患者の	

患者さんのマイナンバーはこの欄に記入してください。

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記入してください。

指定難病か小児慢性特定疾患の支給認定を受けている場合は、受給者番号を記入してください。

指定医療機関 (病院、薬局、訪問看護ステーション 含の名称、所在地を記載)	1 名称	〇〇病院	所在地	〇〇市××町1-1-1
	2 名称	〇〇薬局	所在地	〇〇市××町1-1-2
	3 名称			

指定難病で受診している医療機関等を記入してください。

<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(申請者)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(申請者)住所 〇〇市 ●●一丁目2番地3号 2020年 4月 1日

神奈川県知事 殿 氏名 神奈川 太郎 自署の場合は、押印不要

※窓口使用欄

【番号確認書類】※いずれか1点

マイナンバーカード  通知カード  年金手帳  児童扶養手当証書

通知カード  住民票  医療受給者証

個人番号が記載された住民票

【身元確認書類】※いずれか2点

※代理人による提示の場合は、上記番号確認書類の写しで可

健康保険証  通知カード  年金手帳  児童扶養手当証書

特別児童扶養手当証書  住民票  医療受給者証

官公署が発行する証明書(写真無)( )

保健所等使用欄	臨個	画像等	住民票	保険証	税証明	管理票等	該当者のみ	生活保護等	他特定医療費証明	他小児疾病証明	障害基礎年金等
	有・無	CD・紙し・無	有・無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無

患者以外の方が申請される場合に記入してください。窓口でお手続された方が代理人、患者さんが委任者です。