

# 特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

本課用

患者のしおり	フリガナ		性別		電話番号	
	氏名		生年月日		年	月 日
	居住地					
	医療保険	保険種別		患者からみた被保険者との続柄		
		保険証の記号・番号		被保険者氏名		
		保険者名称		保険者番号		
	指定難病の名称					
複数ある場合は全て記入してください						
特例制度について 希望する方は〇印をつけてください 詳細は「指定難病のしおり」の3ページをご確認ください	軽症高額該当	事務 処理欄	高額難病治療継続	事務 処理欄	人工呼吸器等装着者	事務 処理欄
申請種別	新規・転入	都道府県		市区町村	から	以前の受給者番号

書類の送付を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。  
保護者の記入は、患者本人が18歳未満の場合に必要です。

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

市町村民税非課税世帯のみ記入してください	患者の所得状況	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「ある」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。	受給が	ある・ない	年間受給額	
			金額が確認できる書類の添付が		ある・ない	
			※ 1月1日～6月30日に申請する場合は、一昨年中の受給額。7月1日～12月31日に申請する場合は、前年中の受給額。			
【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、金額を確認できる書類が添付されていない、もしくは80万を超える場合は、階層区分が低所得Ⅱ(B2)となります。						

指定難病に係る特定医療費の支給認定を申請します。  
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き、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。

神奈川県知事 殿

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）

令和 年 月 日

Ⓧ 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、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、「研究利用に関するご説明」※のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る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意します。  
※ 詳細は「指定難病のしおり」の13ページをご確認ください。

上記のことに同意します。		同意する・同意しない	←どちらかに〇をつける
保健所等受理印	県庁受理印	事務処理欄	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 こちらに〇印をつけると、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。
		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**

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。

	氏名	生年月日	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	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			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			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			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					
保護者			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					

指定医療機関 (病院、薬局、 訪問看護ステーションの 名称、所在地 を記載)	1	名称	所在地
	2	名称	所在地
	3	名称	所在地

<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 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きを委任します。 令和 年 月 日

**委任者（申請者）住所**

神奈川県知事 殿

氏名

Ⓢ

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
- 個人番号が記載された住民票

**【身元確認書類】※いずれか1点**

- マイナンバーカード
- 精神障害者保健福祉手帳
- 在留カード
- 官公署が発行する証明書(写真有)
- 身体障害者手帳
- 運転経歴証明書
- 旅券
- 特別永住者証明書
- 運転免許証
- 療育手帳

※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

**【身元確認書類】※いずれか2点**

- 健康保険証
- 特別児童扶養手当証書
- 年金手帳
- 住民票
- 児童扶養手当証書
- 母子健康手帳
- 医療受給者証

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・紙レ・ 無	有・無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無

# 特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

保健所控

患者のしおり	フリガナ		性別		電話番号	
	氏名		生年月日		年	月 日
	居住地					
	医療保険	保険種別		患者からみた被保険者との続柄		
		保険証の記号・番号		被保険者氏名		
		保険者名称		保険者番号		
	指定難病の名称	複数ある場合は全て記入してください				
特例制度について 希望する方は〇印をつけてください 詳細は「指定難病のしおり」の3ページをご確認ください	軽症高額該当	事務 処理欄	高額難病治療継続	事務 処理欄	人工呼吸器等装着者	事務 処理欄

申請種別	新規・転入	都道府県		市区町村	から	以前の受給者番号	
------	-------	------	--	------	----	----------	--

書類の送付を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。  
保護者の記入は、患者本人が18歳未満の場合に必要です。

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

市町村民税非課税世帯のみ記入してください  患者の所得状況	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「ある」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。	受給が	ある・ない	年間受給額	
		金額が確認できる書類の添付が		ある・ない	
		※ 1月1日～6月30日に申請する場合は、一昨年中の受給額。7月1日～12月31日に申請する場合は、前年中の受給額。			
【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、金額を確認できる書類が添付されていない、もしくは80万を超える場合は、階層区分が低所得Ⅱ(B2)となります。					

指定難病に係る特定医療費の支給認定を申請します。  
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き、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。

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）  
 神奈川県知事 殿 令和 年 月 日  
 ⑩ 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、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、「研究利用に関するご説明」※のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る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意します。  
 ※ 詳細は「指定難病のしおり」の13ページをご確認ください。

上記のことに同意します。		同意する・同意しない	←どちらかに〇をつける
保健所等受理印	県庁受理印	事務処理欄	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 こちらに〇印をつけると、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。
		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**

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。

	氏名	生年月日	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	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			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			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			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					
保護者			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					

指定医療機関 （病院、薬局、 訪問看護ス テーションの 名称、所在地 を記載）	1	名称	所在地
	2	名称	所在地
	3	名称	所在地

<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、 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きを委任します。 令和 年 月 日

委任者（申請者）住所

神奈川県知事 殿

氏名

Ⓢ

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
- 個人番号が記載された住民票

**【身元確認書類】※いずれか1点**

- マイナンバーカード
- 精神障害者保健福祉手帳
- 在留カード
- 官公署が発行する証明書(写真有)
- 身体障害者手帳
- 運転経歴証明書
- 旅券
- 特別永住者証明書
- 運転免許証
- 療育手帳

※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

**【身元確認書類】※いずれか2点**

- 健康保険証
- 特別児童扶養手当証書
- 年金手帳
- 住民票
- 児童扶養手当証書
- 母子健康手帳
- 医療受給者証

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・紙レ・ 無	有・無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無

# 特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

本人控

患者 ご自身	フリガナ		性別		電話番号	
	氏名		生年月日		年	月 日
	居住地					
	医療保険	保険種別		患者からみた被保険者との続柄		
		保険証の記号・番号		被保険者氏名		
		保険者名称		保険者番号		
	指定難病の名称	複数ある場合は全て記入してください				
特例制度について 希望する方は○印をつけてください 詳細は「指定難病のしおり」の3ページをご確認ください	軽症高額該当	事務 処理欄	高額難病治療継続	事務 処理欄	人工呼吸器等装着者	事務 処理欄
申請 種別	新規・ 転入	都道 府県	市区 町村	から	以前の受給者番号	

書類の送付を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。  
保護者の記入は、患者本人が18歳未満の場合に必要です。

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

市町村民税非課税世帯のみ記入してください  患者の所得状況	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「ある」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80万円以下の場合は、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。	受給が	ある・ ない	年間受給額	
		金額が確認できる書類の添付が		ある・ない	
		※ 1月1日～6月30日に申請する場合は、一昨年中の受給額。 7月1日～12月31日に申請する場合は、前年中の受給額。			
【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、金額を確認できる書類が添付されていない、もしくは80万を超える場合は、階層区分が低所得Ⅱ(B2)となります。					

指定難病に係る特定医療費の支給認定を申請します。  
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き、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。

神奈川県知事 殿

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）

令和 年 月 日

Ⓧ 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、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、「研究利用に関するご説明」※のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る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意します。  
※ 詳細は「指定難病のしおり」の13ページをご確認ください。

上記のことに同意します。		同意する・同意しない	←どちらかに○をつける
保健所等受理印	県庁受理印	事務処理欄	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。
		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**

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。

	氏名	生年月日	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	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			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			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			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					
保護者			患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					

指定医療機関 (病院、薬局、 訪問看護ステーションの 名称、所在地 を記載)	1	名称	所在地
	2	名称	所在地
	3	名称	所在地

<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 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きを委任します。 令和 年 月 日

委任者（申請者）住所

神奈川県知事 殿

氏名

ⓐ

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
- 個人番号が記載された住民票

**【身元確認書類】※いずれか1点**

- マイナンバーカード
- 精神障害者保健福祉手帳
- 在留カード
- 官公署が発行する証明書(写真有)
- 身体障害者手帳
- 運転経歴証明書
- 旅券
- 特別永住者証明書
- 運転免許証
- 療育手帳

※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

**【身元確認書類】※いずれか2点**

- 健康保険証
- 特別児童扶養手当証書
- 年金手帳
- 住民票
- 児童扶養手当証書
- 母子健康手帳
- 医療受給者証

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・紙レ・ 無	有・無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無