

特定医療費支給認定申請書(新規・転入用)

本課用

申請種別	新規・転入 (○印をつける)	転入の場合⇒	都道府県	市区町村	から	以前の受給者番号								
	フリガナ				電話番号	—	—							
患者について	氏名				生年月日	大・昭 平・令	年	月	日					
	居住地	〒	—											
	医療保険	保険者名称				保険者番号								
		被保険者氏名				患者からみた被保険者	本人	・	本人以外					
		記号・番号 又は被保険者番号				生活保護の受給の有無	<input type="checkbox"/>		(受給している方は □にし点をつける)					
	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)													
特例制度の認定申請 (希望する方は、□にし点をつける)	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例の認定	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定										
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者としての認定												

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れる方は、「送付先」欄にご記入ください。
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。

送付先・保護者 (○印をつける)	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	障害年金や遺族年金、その他給付金を受給していますか。受給が「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。	該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし (受給額 円) <input type="checkbox"/> 添付書類あり <input type="checkbox"/> 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
----------------------	---------	---	---

【重要】この受給額を含めた患者本人の収入金額が80万円以下だと確認できた場合は、階層区分が低所得Ⅰ(B1)となりますが、上記受給額を確認できる書類の添付がない場合や、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		所在地	
	2	名称		所在地	
	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、「研究利用に関するご説明」※のとおり、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意します。
※ 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 收受印		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

	氏名	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			小児慢性特定疾病	
マイナンバー			本人		
支給認定基準世帯員		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		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		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		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。

神奈川県知事 殿 令和 年 月 日
患者氏名 _____

<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 令和 年 月 日

神奈川県知事 殿 氏名 _____

※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
- 個人番号が記載された住民票
- 通知カード(氏名・住所が住民票の記載内容と一致しているもの)

【身元確認書類】※いずれか1点

- マイナンバーカード 運転免許証・運転経歴証明書
- パスポート 障害者手帳 在留カード 特別永住者証明書
- その他官公署が発行する証明書(写真有)()

【身元確認書類】※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 <input type="checkbox"/>		有・無	CD・紙 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

申請種別	新規・転入 (○印をつける)	転入の場合⇒	都道府県	市区町村	から	以前の受給者番号							
	フリガナ				電話番号	—	—						
患者について	氏名				生年月日	大・昭 平・令	年	月	日				
	居住地	〒	—										
	医療保険	保険者名称				保険者番号							
		被保険者氏名				患者からみた被保険者	本人	・	本人以外				
		記号・番号 又は被保険者番号				生活保護の受給の有無	<input type="checkbox"/>		(受給している方は □にし点をつける)				
	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)												
特例制度の認定申請 (希望する方は、□にし点をつける)	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例の認定	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定									
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者としての認定											

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れる方は、「送付先」欄にご記入ください。
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。

送付先・保護者 (○印をつける)	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	障害年金や遺族年金、その他給付金を受給していますか。受給が「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。	該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし (受給額 円) <input type="checkbox"/> 添付書類あり <input type="checkbox"/> 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
----------------------	---------	---	---

【重要】この受給額を含めた患者本人の収入金額が80万円以下だと確認できた場合は、階層区分が低所得Ⅰ(B1)となりますが、上記受給額を確認できる書類の添付がない場合や、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		所在地	
	2	名称		所在地	
	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、「研究利用に関するご説明」※のとおり、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意します。
※ 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 收受印		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

	氏名	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	
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		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		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		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		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。

神奈川県知事 殿 令和 年 月 日
患者氏名 _____

<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 令和 年 月 日

神奈川県知事 殿 氏名 _____

※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
- 個人番号が記載された住民票
- 通知カード(氏名・住所が住民票の記載内容と一致しているもの)

【身元確認書類】※いずれか1点

- マイナンバーカード 運転免許証・運転経歴証明書
- パスポート 障害者手帳 在留カード 特別永住者証明書
- その他官公署が発行する証明書(写真有)()

【身元確認書類】※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 <input type="checkbox"/>		有・無	CD・紙 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

申請種別	新規・転入 (○印をつける)	転入の場合⇒	都道府県	市区町村	から	以前の受給者番号							
	フリガナ				電話番号	—	—						
患者について	氏名				生年月日	大・昭 平・令	年	月	日				
	居住地	〒	—										
	医療保険	保険者名称				保険者番号							
		被保険者氏名				患者からみた被保険者	本人	・	本人以外				
		記号・番号 又は被保険者番号				生活保護の受給の有無	<input type="checkbox"/>		(受給している方は □にし点をつける)				
	指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)												
特例制度の認定申請 (希望する方は、□にし点をつける)	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例の認定	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定									
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者としての認定											

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れる方は、「送付先」欄にご記入ください。
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。

送付先・保護者 (○印をつける)	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	障害年金や遺族年金、その他給付金を受給していますか。受給が「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。	該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給なし (受給額 円) <input type="checkbox"/> 添付書類あり <input type="checkbox"/> 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
----------------------	---------	---	---

【重要】この受給額を含めた患者本人の収入金額が80万円以下だと確認できた場合は、階層区分が低所得Ⅰ(B1)となりますが、上記受給額を確認できる書類の添付がない場合や、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		所在地	
	2	名称		所在地	
	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、「研究利用に関するご説明」※のとおり、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意します。
※ 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 收受印		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

	氏名	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			小児慢性特定疾病	
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		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		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		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		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。

神奈川県知事 殿 令和 年 月 日
患者氏名 _____

<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 令和 年 月 日

神奈川県知事 殿 氏名 _____

※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
- 個人番号が記載された住民票
- 通知カード(氏名・住所が住民票の記載内容と一致しているもの)

【身元確認書類】※いずれか1点

- マイナンバーカード 運転免許証・運転経歴証明書
- パスポート 障害者手帳 在留カード 特別永住者証明書
- その他官公署が発行する証明書(写真有)()

【身元確認書類】※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 <input type="checkbox"/>		有・無	CD・紙 無	有・無	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無