

本課用 特定医療費支給認定申請書(新規・転入用)

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		被保険者氏名										
		記号・番号 又は被保険者番号	記号	番号	患者からみた被保険者	本人	・	本人以外						
指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)														

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	氏名		電話番号			患者との続柄	
	居住地	〒					

特例制度の申請	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 33,330円 を超える月が 3回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 50,000円 を超える月が 6回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者	常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	<input type="checkbox"/>	ご家族に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者(本人含む)がいる方	ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

世帯の市町村民税が非課税であり、該当年の1月～12月に、「難病のしおり」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※**老齢年金(厚生・基礎)のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。**

種類 (該当に○)	障害年金・遺族年金・その他給付金	その他給付金の名称	
受給額 (不明の場合は空白)	円	添付書類 (該当に○)	年金振込通知書・年金額改定通知書・その他・なし

特定医療を受ける指定医療機関	1	名称		所在地	
	2	名称		所在地	

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他
-----------------------------	-------	--

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

	氏名	生年月日	続柄	特定医療費受給の有無・受給者番号	1月1日に居住していた市区町村
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	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	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	患者の	指定難病・小児慢性特定疾病	
マイナンバー					

<臨床調査個人票の研究利用への同意について>
 私は、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票が、<本同意書に関する説明>※のとおり、①厚生労働省のデータベースに登録されること、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します。 ※ 詳細は「指定難病のしおり」16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○印をつける)

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 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。

神奈川県知事 殿 氏名 _____ 令和 年 月 日

保健所等窓口使用欄												
要確認	臨床調査個人票	画像等	保険証	該当者のみ	住民票	税証明	生活保護	難病医療費の証明書類	按分の証明書類	障害年金等証明書類	MN確認	身元確認
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CD・紙 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (社会保険で非課税者は必須)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ()

保健所控 **特定医療費支給認定申請書(新規・転入用)**

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				被保険者氏名							
		記号・番号 又は被保険者番号	記号	番号	患者からみた被保険者	本人			本人以外				
指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)													

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	氏名				電話番号	-		-		患者との続柄		
	居住地	〒 -										

特例制度の申請	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 33,330円 を超える月が 3回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 50,000円 を超える月が 6回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者	常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	<input type="checkbox"/>	ご家族に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者(本人含む)がいる方	ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

世帯の市町村民税が非課税であり、該当年の1月～12月に、「難病のしおり」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※**老齢年金(厚生・基礎)のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。**

種類 (該当に○)	障害年金・遺族年金・その他給付金	その他給付金の名称
受給額 (不明の場合は空白)	円	添付書類 (該当に○) 年金振込通知書・年金額改定通知書・その他・なし

特定医療を受ける指定医療機関	1	名称			所在地		
	2	名称			所在地		

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年	月	日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他

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

	氏名	生年月日	続柄	特定医療費受給の有無・受給者番号	1月1日に居住していた市区町村
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					

<臨床調査個人票の研究利用への同意について>
 私は、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票が、<本同意書に関する説明>※のとおり、①厚生労働省のデータベースに登録されること、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します。※ 詳細は「指定難病のしおり」16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○印をつける)

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

氏名 _____

神奈川県知事 殿

保健所等窓口使用欄												
要確認	臨床調査個人票	画像等	保険証	該当者のみ	住民票	税証明	生活保護	難病医療費の証明書類	按分の証明書類	障害年金等証明書類	MN確認	身元確認
	<input type="checkbox"/>	CD・紙無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (社会保険で非課税者は必須)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ()

本人控 (提出不要) **特定医療費支給認定申請書(新規・転入用)**

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				被保険者氏名							
		記号・番号 又は被保険者番号	記号	番号	患者からみた被保険者	本人 ・ 本人以外							
指定難病の名称 (複数ある場合は、全て記入する)													

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	氏名				電話番号	-		患者との続柄				
	居住地	〒 -										

特例制度の申請	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 33,330円 を超える月が 3回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例	申請日の属する月以前の12カ月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が 50,000円 を超える月が 6回以上 ある場合に該当
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者	常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に該当
	<input type="checkbox"/>	ご家族に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者(本人含む)がいる方	ご家族に該当者がいる場合、最も高い方の自己負担限度額を按分する

世帯の市町村民税が非課税であり、該当年の1月～12月に、「難病のしおり」8ページに記載の障害年金や遺族年金等の収入がある場合は、以下の欄をご記載ください。 ※**老齢年金(厚生・基礎)のみを受給している場合は、この欄の記入は必要ありません。**

種類 (該当に○)	障害年金・遺族年金・その他給付金	その他給付金の名称
受給額 (不明の場合は空白)	円	添付書類 (該当に○) 年金振込通知書・年金額改定通知書・その他・なし

特定医療を受ける指定医療機関	1	名称			所在地		
	2	名称			所在地		

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年	月	日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他

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

	氏名	生年月日	続柄	特定医療費受給の有無・受給者番号	1月1日に居住していた市区町村
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					

＜臨床調査個人票の研究利用への同意について＞
 私は、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票が、＜本同意書に関する説明＞※のとおり、①厚生労働省のデータベースに登録されること、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します。※ 詳細は「指定難病のしおり」16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○印をつける)

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

氏名 _____

神奈川県知事 殿

保健所等窓口使用欄												
要確認	臨床調査個人票	画像等	保険証	該当者のみ	住民票	税証明	生活保護	難病医療費の証明書類	按分の証明書類	障害年金等証明書類	MN確認	身元確認
	<input type="checkbox"/>	CD・紙 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (社会保険で非課税者は必須)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ()