特定医療費支給認定申請書（新規・転入用）

記入例

（転入の場合）	都道府県	市区町村　から	以前の受給者番号							

私（患者）は、特定医療費の支給を申請します。

> 必ず署名をしてください。
> ※代筆可

(フリガナ) 患者氏名	カナガワ　タロウ 神奈川　太郎

> 患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載ください。
> 窓口でお手続きされた方が代理人、患者が委任者です。

＜委任状欄＞患者以外の方（任意代理人の方）が申請する場合に記入してください。
私（患者）は、次の者を代理人と定め、特定医療費の支給申請手続きを委任します。

(フリガナ) 代理人氏名	カナガワ　ハナコ 神奈川　花子	令和８年〇月〇日

> 日中連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

患者情報

電話番号	045 － 210 － 4777	生年月日	大・（昭）・平・令　50年　7月　7日
住所地	〒123－4567 〇〇市　××町　一丁目２番３号		
健康保険等の種類 (〇印をつける)	（国民健康保険）／ 国民健康保険組合 ／ 後期高齢者医療制度 ／ 社会保険 ／ 生活保護 ／ その他		
保険者名称	(保険組合などの名称) 〇〇市	被保険者	
	(記号番号又は被保険者番号) ２　３４５６		

> 住民票のとおりにご記入ください。

> マイナ保険証の方もマイナポータル画面や資格確認書等で確認した医療保険情報を記入してください。

> 後期高齢者は、保険者名称欄は「〇〇県」とご記入いただいて構いません。

疾病・臨床調査個人票情報

指定難病の名称 申請するもの全て記入	① パーキンソン病
	② (疾病名)
	③ (疾病名)
臨床調査個人票作成医療機関名称	〇〇病院
臨床調査個人票の診断日 医師氏名のページ参照	令和８年　〇月　〇日

> 臨床調査個人票の疾病名をご記入ください。

> 臨床調査個人票の記載を依頼した医療機関をご記入ください。

【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】
- ☑ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため
- ☐ 症状の悪化等により、申請書類…提出に時間を要したため
- ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申…提出に時間を要したため
- ☐ その他(

> 有効期間開始日は、重症度分類を満たしていると指定医が診断した日まで遡ることができるようになりました。
> 医師が認定を受けられると診断した日をご記入ください。
> また、診断された日から申請までに時間を要したことに理由がある場合には、該当するものにレ点を入れてください。

送付先・保護者

▼ 患者本人が18歳未満の場合は必ず記入、または、上記住所地以外…

氏名		…号	
送付先	〒		

> 18歳未満の方は保護者の氏名や送付先を記載してください。

該当者記入欄

▼ 特例を申請する場合は、☐にレ点を…

✔	軽…	人…	
☐	高…	世帯内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者が他にいる または、申請者が小児慢性特定疾病を併用している	

> 特例制度の認定を希望される方は、必ず☐にレ点を入れた上で必要書類をご提出ください。
> 制度の詳細は「指定難病のしおり」13,14ページをご確認ください。

▼ …ジに掲げる収入がある場合は記入 ▼

種類	（障害年金）　遺族年金　その他（　　）	金額	〇〇〇,〇〇〇円
添付書類	（年金振込通知書）／ 年金額… ／ その他（　　） ／ なし		

> 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１～12月(申請日が１月１日～６月30日の場合は、前々年の１～12月)分です。
> 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。

事務処理欄		
診断日	理由	階層区分

支給認定基準世帯員とマイナンバー（個人番号）

患者や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、該当するものに〇をつけ、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。
申請する日の前年１月１日に居住していた市区町村
申請する年の１月１日に居住していた市区町村

…を確認できる資料の提出、または、保健所窓口での番号及び本人確認が必要です。

> マイナンバーカードなどを確認しながらご記入ください。

		氏名	…費制度		1月1日時点在住の市区町村名
患者	氏名	左記のとおり	本人	小児慢性特定疾病	〇〇市
	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以外の方は記載しないでください。
どなたが支給認定基準世帯員に該当するかは、「指定難病のしおり」９ページをご覧ください。

支給認定基準世帯員	氏名	神奈川　花子	大・（昭）・平・令　56年　3月　3日	患者の 妻	指定難病・小児慢性特定疾病	〇〇市
	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	氏名	神奈川　一郎	大・昭・（平）・令　25年　5月　5日	患者の 子	指定難病・（小児慢性特定疾病）	〇〇市
	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	氏名		年	患者の		
	マイナンバー					
支給認定基準世帯員	氏名		大・昭・平・令　年			
	マイナンバー					

> 「指定難病のしおり」９ページ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。

> ご家族や本人が、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、該当するものに〇を付け、受給者番号をご記入ください。

▼ 登録者証の申請を希望しない方は☐にレ点を記入 ▼

☐ **審査の結果、診断基準を満たした場合、登録者証の発行は不要です。**
登録者証は、自治体における障害福祉サービスの受給申請やハローワーク等で難病患者であることの証明が必要な際に、医師の診断書の代わりに活用することができる証明書です。

> 申請を希望しない場合レ点を入れてください。
> 選択がない場合、「申請する」と見なします。

（個別避難…によらず情報提供を行います。）
（（１）～…に同意します。…合のみ、右蘭に〇をしてください。）

(1)	特定医療費の支給決定に必要な事務のため	必須
(2)	医療保険の保険者に対して、所得区分に関する…	
(3)	国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が…を処理するために限って患者及び支給認定基準…	
(4)	「指定難病のしおり」15ページ<本同意書に関…するため	同意しない
(5)	県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・…	同意しない
(6)	県保健福祉事務所及び市保健所が、難病患者・…	同意しない

> (1)～(3)は必須項目です。
> 除外できませんので〇はしないでください。
> (4)～(6)に同意しない方のみ、各項目の「同意しない」に〇をしてください。
> 〇がない項目はすべて同意するとみなします。

事務処理欄

全員確認	臨床調査個人票	画像等	軽症高額該当	高額継続該当	人工呼吸器装着	該当者のみ	生活保護	難病医療費証明	難病・小慢証明	障害年金等証明	
	☐・免除	CD・紙・無	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	
その他書類確認	MN確認		身元確認			住民票	資格確認書等	税証明	自己負担限度額管理票	長期入院の申出	その他
	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（　　）			☐	☐	☐	☐	☐	