	特—	定 医療費	文 裕 認 方	E甲請	善 (新	'規 •	人理	.用)	本課用	患者	当、 支給認	定基準世					イナンバー(ください。	(個人番号)	川こついて				
申請種別	選択 転入	転入 の 場合	」 患者、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。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○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。																				
	フリガナ				電話番号						• 1月~ 6	5月に申請	する方は、	申請する	3日の前	年1月1	日に居住し	ていた市区					
患	氏名				生年月日	大・昭平・令		年	月 E				育する力は -は4桁ずご				居住してい	1/こ巾区町					
者	居住地	Ŧ				1 12						J	氏名		生年月		続柄		医療費受給 受給者番号			に居住してい i区町村	
に	医療	保険者名称		被保険	被保険者氏名				5	患者		左記	記のとおり										
U)	保険	記号・番号 又は被保険者番号	記号番	号	患者か被保証		本人	人 • 2	本人以外	_	マイナンバー												
て		定難病の名称									認定基準世帯員			大·昭 平·令	ź	F 月 E	患者の						
	複数ある場合は全て記入してください。										マイナンバー												
● 今後の難病に関する書類の送付を、患者の <u>居住地以外の所へ</u> 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。											認定基準世帯員			大·昭 平·令	ź	F 月 E	患者の						
送付约	ŧ	氏名		電話	番号		ā	患者との続	柄	~	マイナンバー												
保護	皆	居住地			認定基準世帯員			大·昭 平·令	ź	F 月 E	患者の												
		軽症高額該当	特例の認定			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 総額が33,330円を超える月が3回以上ある場合に該当 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 総額が50,000円を超える月が6回以上ある場合に該当					マイナンバー												
特例制度 申請		高額難病治療継	続特例の認定								認定基準世帯員			大·昭 平·令	ź	₹ 月 E	患者の						
		人工呼吸器等装着	者としての認定	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					7	マイナンバー												
		ご家族に指定難病や小 受給者(本人含)		ご家族	 実に該当者がいる	5場合、最も	高い方の自	1己負担限度	度額を按分する	私	ムは、指定	難病の研	开究利用へ 肝究を推進	するため	、提出	した臨月	末調査個人	票が、「個	研究利用に	こ関するこ	∵説明」※	(のとおり、	
										#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」の15ページをご確認ください。													
<u>世帯の市町</u> 合は、以下	村民税が の欄をご記	<u>非課税であり、該当年</u> 己載ください。 ※老‡	の1月~12月に、 齢基礎年金のみを	「難病のしお 受給している場	り」8ページ は 場合は、この欄	<u>:記載の障</u> の記入は必	害年金や遺 必要ありませ	≹族年金等の せん。	<u>の収入がある場</u>			上記の	ことに			同意す	「る・同意	意しない	← ()	ずれかを	〇 で囲ん	でください	
相 〔 該:	i 類 当にO)	障害年金・遺	族年金・その他終	合付金 その代						た、特定	医療費の紹		るにあた			こきは、私 <i>0</i> こ同意します		上の所得区	五分に関する	る情報につ	いて、神奈		
	給 額 場合は空白)		添付書類 (該当に〇)						神奈川県紀	印事 殿		名(患者	本人の氏	名。患者	が18歳未満	満の場合は保	R護者氏名) ☆		年	月 日		
性守	医療を																						
受	と原で ける 医療機関				-	私(患者)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											申請に						
fe/E	△原依戌	機関 2 名称 所在地 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 年	- 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一								受任者(患者)住所												
	-, V W 1-73L	口その他(氏を	3								
		事務処理欄 階層区分																					
		建						県 庁							/ ₽	健所等	等 窓 口 使	田棚					
				等収	収 受 印					要	臨個票	画像等	保険証等	該住民		税証明	生活保護	州 懶 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	
				印	1					確 — 認		CD·紙 無		者のみ	社会	□ 保険で非課税者 は必須					MNカード 住民票 通知カード	MNカード 運転免許証 パスポート その他	

	特员	E医療費	支給認	定申	請書	(新規	! • 転	入戶	刊)	保健所控	患者、支	え え に に に に に に に に に に に り に り に り に り	世帯員の氏				イナンバー(ください。	(個人番号))について					
申請種別	選 •	転入 の 場合	都道 府県		市区町村	NS J 受約	以前の 給者番号	17			受給者	え給認定基準 番号を記入し 対欄には次に	てください	N _o						るものにC)をつけ、			
	フリガナ				電記	話番号		•			• 1月	~ 6月に申	請する方は	t、 <u>申請する</u>	3日の前	年1月1	日に居住し	ていた市区	-					
患	氏名				生年月日 大·昭 平 月 E										の1月1日 に居住していた市区町 要はありません。									
者に	居住地	T											氏名		生年月	年月日 続柄			医療費受給(受給者番号	療費受給の有無 を給者番号		こ居住してい 5区町村		
) [医療 _	保険者名称				皮保険者氏名					患者		左	記のとおり)		▲ 本人							
6 1	保険	記号・番号 又は被保険者番号	記号	番号	7.	患者からみた 被保険者	た	本人	· 本/	人以外	マイナン													
て		難病の名称 は全て記入してくださ									支給認定			大・昭平・令	4	₹ 月 E	患者の							
	火の機序に見	りまて事物の光けれ	・ 卑老の兄	hwun a	にへ登出され	フナナ		+B1/^=	ココノだ-	\ 1\	マイナン			- an			_							
患	香本人が18	関する書類の送付を 歳未満の場合には 			ください。	loли, I	达彻先]				支給認定。世帯員			大・昭平・令	年	F 月 E	患者の							
送付兒		氏名 ————————————————————————————————————			電話番号			患者	者との続柄 	9	マイナン支給認定			+ 077										
保護者	居 E	住地 〒			中誌ロの屋子	ス月円並の1	19カ日の問	月)ァ L 号コ	の難信に	朗子ス日ご し	世帯員			大・昭平・令	在	F 月 E	患者の							
		軽症高額該当	特例の認定		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 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					マイナン														
特例制度	D	高額難病治療継	続特例の認定	=		類が50,000円を超える月が 6 回以上ある場合に該当					支給認定			大・昭平・令	年	F 月 E	患者の							
申請		人工呼吸器等装着者としての認定 常時、人工呼吸器等を装着し、一定の基準を満たす場合に								合に該当	マイナン	がら 調査個人票の			- DI 7	ŢŢ								
		ご家族に指定難病や小 受給者(本人含す	1児慢性特定疾病 む)がいる方	うの	ご家族に該当	者がいる場合	、最も高い	方の自己負	負担限度额	質を按分する	私は、	 直回入宗の 指定難病の の治療研究	研究を推	進するため	、提出	した臨戸					ご説明」※	のとおり、		
##のま町	サロボ 火非豊	果税であり、該当年	0 1 B ≈ 12 B	に「舞寺の	VI +: 1 0 A	※ □ ☆ □ ☆	の陪実年	会と海体を	年全等の!	10 1 がちて担	※ 詳細は	「指定難病の」	ンおり」の1	5ページをご	で確認くな	ごさい。								
合は、以下	<u>竹 氏伝が非る</u> の欄をご記載	水佐でめり、酸当年 載ください。 ※老舗	<u>の 1 月~12月</u> 齢基礎年金の∂	<u>1年、「無柄り</u> 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	牛並等074 /。	(X) (N · 80 · 80 · 89	T1) 1		のことに			同意す	「る・同意	意しない	← ()	ずれかを 	〇で囲ん	<i>、</i> でください		
	類 áにO)	障害年金•遺前	疾年金・その	他給付金	その他給付金	金の名称					また、	特定医療費の 特定医療費の の加入する	分給付を受	けるにあた					上の所得区	区分に関す	る情報につ	いて、神奈		
	給 額 場合は空白)			円	添付書類 (該当に(通知書 ・ その他		改定通知書 なし	神奈	川県知事		氏名 (患者	本人の氏	名。患者	が18歳未満	満の場合は保	(護者氏名) 令	和	年	月 日		
特定	医療を	1 名称 所在地									<u><委任状欄></u> (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)													
受	^{ス原で} ける E療機関								1	(患者)は、				をイ	代理人と定	め、特定医	療費(指	定難病)の	つ支給認定	申請に				
1875		2 名称	名称							係る言	=続を委任し	ます。			_			会	和	年	月 日			
性定医處	費の支給を	【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】 口臨床調査個人票の受領に時間を要したため									委	任者(患者	新)住所	Ť										
開始する	ことが適当 れる年月日	口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 年 月 日 ロ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							神奈	県知事			3/ III//	•										
				事務処理欄						_	_				氏名	2								
		下																						
					所 等 収											健所等	章 窓 口 使	用欄						
					収受			受印			要臨個確	票画像等	保険証等	該 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		
					⊢l₁						認□	CD·紙 無		のみ	社会	□ 保険で非課税者 は必須					MNカード 住民票 通知カード	MNカード 運転免許証 パスポート その他		

	特5	定医療費:	支給認為	定申	請書	(新規	見・!	転入	、用)	本人担	空	患者、支統	說定基準:	世帯員の日					'ナンバー(ください。	(個人番号)について					
申請種別	選	· の 単層 単層 から 一級型の											■ 患者、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。 患者や支給認定基準世帯員に <u>指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は</u> 、該当するものに○をつけ、 受給者番号を記入してください。 まど町村棚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。													
	フリガナ					電話番号																				
患	氏名				生年	生年月日 大·昭 平·令 年 月 日					В	・7月~	·12月に申 マイナン/						居住してい	た市区町						
者	居住地	Ī												氏名	生年月日			3	続柄	特定图	医療費受給 受給者番号	療費受給の有無 給者番号		こ居住してい 5区町村		
にっ	医療	保険者名称			老	皮保険者氏	名					患者		左	記のと	こおり			本人							
ω	保険	記号・番号 又は被保険者番号	記号	番号		患者からみ 被保険者		本人	人 •	本人以外		マイナンバ	-						4八							
て		難病の名称 は全て記入してくださ									支給認定基準世帯員				大・昭平・令	年	月日	患者の								
		l1							マイナンバ			Щ		Ш												
今後の難病に関する書類の送付を、患者の <u>居住地以外の所へ</u> 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。										支給認定基準世帯員				大・昭 平・令	年	月日	患者の									
送付分 •		氏名 電話番号 患者との続柄										マイナンバー				- n										
保護者	E E	完全地 〒		中等りの見上	N10-1- II 4	D HII) =	1 = 7 0 ## "	- ニョニック	1 - 1.	支給認定基準世帯員			1	大・昭 平・令	年	月日	患者の									
		軽症高額該当	特例の認定 	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費総額が33,330円を超える月が3回以上ある場合に該当					マイナンバ					Щ												
特例制度の	D	高額難病治療継	続特例の認定			質が50,000円を超える月が6回以上ある場合に該当					支給認定基準世帯員	<u> </u>			大・昭平・令	年	月日	患者の								
申請		人工呼吸器等装着者としての認定 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								i i	マイナンバ		和郊利用		音につ	ハアン	\coprod									
		で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 で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									する															
世帯の市町	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											※詳細は「技	旨定難病のし	ンおり」の [・]	15ペー	ジをご確	認くださ	さい。								
合は、以下	の欄をご記載	味がてめり、89 年 載ください。 ※老師	齢基礎年金のみを	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u>いる場合は、</u>	この欄の記	入は必要	要ありませ	せん。	F V J 1 X J \) *0 *101	五八二 4十		かことに		<u></u>		司怠す	る・同意	意しない	← (1	ずれかを	○ で囲ん	いでください		
	類 áにO)	 障害年金・遺療	障害年金・遺族年金・その他給付金 その他給付金の名称)給付を受	けるに	あたり、								ついて、神奈		
	給 額 場合は空白)			円		添付書類 (該当にO) 年金振込通知書 ・ 年金額改定通知書 ・ その他 ・ なし					神奈川!	県知事 原		5氏名	(患者本)	人の氏名	る。患者な	が18歳未満	歯の場合は係	·護者氏名) 令 ·	和	年	月 日			
***	E.#+	1 夕称				所在地						<u><委任状</u> 欄	<u> ></u> (患者	以外の方	··········· ī (任意	然代理人	の方)	が申請	うされる場	合に記入	してくだる	さい)				
受	医療をける	1 名称 所在地									<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、 を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の支給認定申請に															
指定包	小小大学	2 名称	名称 所在地 所在地																							
性点医病	患の士松左	【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】 口臨床調査個人票の受領に時間を要したため											矛	ミ仁 孝	(串孝)	住所						·				
開始する	費の支給を ことが適当 れる年月日	年	月 비	□大規模災	化等により、 害に被災した						: Ø	委任者(患者)住所 一种奈川県知事 殿														
		□その他 ()									氏名															
		事務処理欄 階層区分 健																					•			
									保健所等窓口使用欄																	
					- 収 受 印							要臨個票確	画像等	保険証等	該当者	住民票		.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		
					1-11							認□	CD·紙 無		のみ		社会保険	□ 食で非課税者 は必須					MNカード 住民票 通知カード	MNカード 運転免許証 パスポート その他 (