

# 特定医療費支給認定申請書（新規・転入用） 本課用

申請種別	選択	新規・転入	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してください								

**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、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。**  
 ・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  
 マイナンバーは4桁ずつ区切って記入してください。

	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		本人		
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		
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		
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		
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		
マイナンバー					

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
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定	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
	<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

**<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」の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	←いずれかを○で囲んでください
--------	------------	-----------------

**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。** ※ 老齢基礎年金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

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** (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

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

**<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)の支給認定申請に係る手続を委任します。  
 令和 年 月 日

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 \_\_\_\_\_

【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、申請書類の準備や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、申請書類の提出に時間を要したため  
 その他 \_\_\_\_\_

委任者(患者)住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

事務処理欄	保健所等 收受印	県庁 收受印
階層区分		

保健所等窓口使用欄												
要確認	臨個票	画像等	保険証等	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"/>	<input type="checkbox"/>	<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 運転免許証 パスポート その他

# 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	選択	新規・転入	転入の場合	都道府県	市区町村	から	以前の受給者番号	
患者について	フリガナ					電話番号		
	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 <small>複数ある場合は全て記入してください</small>								

**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、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。**  
 ・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  
 この用紙にはマイナンバーを記入する必要はありません。

	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		本人		
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		
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		
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		
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		
マイナンバー					

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
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定	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
	<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

**<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」の15ページをご確認ください。

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。 ※ 老齢基礎年金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

上記のことに	同意する・同意しない	←いずれかを○で囲んでください
--------	------------	-----------------

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** (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

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

**<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)の支給認定申請に係る手続を委任します。  
 令和 年 月 日

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 \_\_\_\_\_

【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、申請書類の準備や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、申請書類の提出に時間を要したため  
 その他 { \_\_\_\_\_ }

委任者(患者)住所  
 神奈川県知事 殿 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

事務処理欄	保健所等 收受印	県庁 收受印
階層区分		

要確認	臨個票	画像等	保険証等	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 運転免許証 パスポート その他

# 特定医療費支給認定申請書（新規・転入用） 本人控

申請種別	選択	新規・転入	転入の場合	都道府県	市区町村	から	以前の受給者番号		
患者について	フリガナ					電話番号			
	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してください									

**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、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。**  
 ・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  
 マイナンバーは4桁ずつ区切って記入してください。

	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		本人		
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		大・昭平・令	患者の		
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		大・昭平・令	患者の		
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		大・昭平・令	患者の		
マイナンバー					
支給認定基準世帯員		大・昭平・令	患者の		
マイナンバー					

↓  
 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
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続特例の認定	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
	<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

**<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」の15ページをご確認ください。

**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。** ※ 老齢基礎年金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

上記のことに	同意する・同意しない	←いずれかを○で囲んでください
--------	------------	-----------------

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**（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

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

**<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）の支給認定申請に係る手続を委任します。  
 令和 年 月 日

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】  
 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、申請書類の準備や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、申請書類の提出に時間を要したため  
 その他 \_\_\_\_\_

**委任者（患者）住所**

神奈川県知事 殿 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

事務処理欄	保健所等 收受印	県庁 收受印
階層区分		

保健所等窓口使用欄												
要確認	臨個票	画像等	保険証等	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"/>	<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 運転免許証 パスポート その他