

受診を希望する主な 指定医療機関（薬 局、訪問看護事業者 等を含む。）	名 称	〇〇病院
	所 在 地	川崎市川崎区東田町X

保護者に関する事項 (患者が18歳未満 の場合に記入)	フリガナ 氏 名		個 人 番 号	
	患者との続柄		日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —
	住 所	〒 — — 今年の1月1日現在の	原則として患者が18歳未満の場合 は記入が必要です。記入例は患者の 欄を参照してください。	
			患者と同じ場合は記入不要です。 現在の住所	
	課税対象とならない収入（障害年金、 遺族年金等）の受給の有無	有 ・ 無	有の場合、その種類	

送付先に関する事項 (患者又は保護者の 住所と別のところへ 申請関係書類を送付 する場合に記入)	フリガナ 氏 名	カワサキ シロウ 川崎 四郎	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	080-1111-111X
	住 所	〒 211-8570 川崎市中原区小杉町111-11X	患者又は保護者の住所以外に受給者 証等の書類の送付を希望する場合は 記入してください。	

特定医療費の支給 を開始する年月日 (転入の場合は記 入不要)	特定医療費の支給開始日は、軽症高額の基準を満たした日の翌日又 します。ただし、遡り期間は原則申請日から1か月前の日（該当日が 由により申請が行えなかった場合は最長3か月前の日（該当日が無い 由がある場合は、該当する□内にレ印を記入してください。			その他を選択する場合は理由の内容を できる限り正確に詳しく記入してくだ さい。 ※やむを得ない理由に該当するかどう かは「特定医療費支給開始日につい て」をご確認ください。
	<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 checked="" type="checkbox"/> その他（同居家族の長期の看護により、申請書類の準備や提出に時間を要したため）			

(宛先) 川崎市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により特定医療費の支給認定を申請します。
 なお、特定医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、医療保険上の所得区分に関する情報につき、川崎市が患者の加入する医
 療保険の保険者に報告を求めることに同意します。

申請者氏名（患者又は保護者）

川崎 二郎

令和5年10月1日

同意事項を確認の上、必ず記入してください。
 また、患者本人以外が申請者の場合は委任状が必要です。