

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	
	所 在 地	

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	〒 — ※ 患者と同じ場合は記入不要です。		
		今年の1月1日現在の住所	前年の1月1日現在の住所	
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		日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	— —
	住 所	〒 —		

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)	<p>特定医療費の支給開始日は、軽症高額基準を満たした日の翌日又は臨床調査個人票に記載された診断年月日とします。ただし、遡り期間は原則申請日から1か月前の日（該当日が無い場合は末日）までとし、やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前の日（該当日が無い場合は末日）までとします。やむを得ない理由がある場合は、該当する□内にレ印を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他（)</p>
--	--

(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） _____ 年 月 日
