



受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む。）	1	名称	〇〇病院
		所在地	川崎市川崎区東田町8
	2	名称	△△薬局
		所在地	川崎市川崎区東田町9
	3	名称	□□訪問看護ステーション
		所在地	川崎市川崎区東田町5-4
	4	指定医療機関については、指定難病の疾病でかかっている、又はかかる予定の医療機関・薬局・訪問看護ステーションを記入してください。（お薬手帳等を見て、できる限り正確に記載をお願いします。）	
		※医療機関等は、都道府県又は政令市から難病法の指定を受けた「指定医療機関」である必要があります。指定の状況については医療機関等の所在地の都道府県又は政令市のホームページを御覧いただくか、医療機関等に直接ご確認ください。	
	5	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		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日現在の住所	※ 患者と同じ場合は記入不要です。	
	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	

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。

送付先に関する事項 (患者又は保護者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	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)	080-1111-1111
	住所	〒 211-8570 川崎市中原区小杉町3-245	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載してください。	

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。  
 また、本申請書に添付した診断書（臨床調査個人票）の研究利用に同意します。

(宛先) 川崎市長 令和元年7月1日

申請者氏名 (患者又は保護者)

川崎 二郎 川崎

(自署で記入したときは、押印を省略することができます。)

研究利用への同意について>

厚生労働省では、難病の等の基礎資料として使用...  
 また、診断書（臨床調査...  
 なお、この同意は、添付...  
 究班で行われる臨床研究...  
 られています。

同意事項を確認のうえ、必ず記載してください。自署した場合は押印不要です。

し、厚生労働省の研究事業...  
 れることはありません。  
 り、臨床調査研究分野の研...  
 われ、同意を得ることとさ