

特定医療費支給認定申請書

(太枠内のみ記入してください。)

新規

転入

(該当する□内にレ印を記入してください。)

患者に関する事項	フリガナ氏名			個人番号											
				生年月日	年			月			日				
	郵便番号	〒 -		日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	-			-							
	住所	川崎市 区													
		今年の1月1日現在の住所					前年の1月1日現在の住所								
	医療保険	保険者名			保険者番号										
		被保険者氏名			被保険者証の 記号及び番号										
					患者との続柄			生活保護 受給の有無		有・無					
指定難病の名称															
自己負担上限額の特例（申請する場合は、 該当する□内にレ印を記入してください。）				<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/> 軽症高額該当			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)					
医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等 該当の有無（申請中の場合を含む。）				有・無		有の場合、受給者番号									
課税対象とならない収入（障害年金、遺族 年金等）の有無				有・無		有の場合、その種類									

世帯に関する事項	支給認定基準世帯員	フリガナ氏名	患者との続柄	生年月日	個人番号									
				年 月 日										
				年 月 日										
				年 月 日										
				年 月 日										
※ 住所が患者と異なる場合又は今年（申請日の属する月が1月から6月までの場合は、前年）の1月1日現在の住所が市外の場合は、別紙「支給認定基準世帯員補足事項」を提出してください。														
患者と同じ医療保険に属する者のうち、指定難病の特定医療費の支給認定を受けた患者に該当する者（申請中の場合を含む。）			フリガナ氏名							受給者番号				
			フリガナ氏名							受給者番号				
患者と同じ医療保険に属する者のうち、医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等に該当する者（申請中の場合を含む。）			フリガナ氏名							受給者番号				
			フリガナ氏名							受給者番号				

区役所受付印	健康福祉局受付印
--------	----------

※ 裏面も必ず記入してください。

事務処理欄（この欄は記入しないでください。）	要確認	臨個票	保険証	番号確認	身元確認	代理確認	該当者のみ	軽症高額該当	高額かつ長期	他特定医療費等証明	課税対象外収入	税証明
		有・無	有・無	マ・通・住	運・保・受	戸・委						

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	
		所在地	
	2	名称	
		所在地	
	3	名称	
		所在地	
	4	名称	
		所在地	
	5	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	〒 —		

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。

(宛先) 川崎市長 年 月 日
 申請者氏名 (患者又は保護者)
