



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)	— —	
	住所	〒 — —	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。		
		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	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、軽症高額のとします。ただし、遡り期間は原則申請日 理由により申請が行えなかった場合は最 ない理由がある場合は、該当する□内にレ <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したた <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申 <input type="checkbox"/> その他 ( )	やむを得ない理由により申請が遅れた場合、該当項目にチェック してください。 ※「その他」にチェックする場合、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。 「仕事が忙しかった」、「申請を失念していた」等の理由は、や むを得ない理由に該当しません。 詳しくは「特定医療費支給開始日について」をご確認ください。
----------------------------------	--	---

(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) 令和 8年4月1日

川崎 二郎

同意事項を確認の上、必ず記入してください。