

特定医療費支給認定申請書 記入例

市外から転入による申請の場合は、
転入にレ印、それ以外は新規にレ印

(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。)

マイナンバーの記入
が必要です。

患者に関する事項	フリガナ氏名	カワサキ ジロウ 川崎 二郎		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
	生年月日	昭和30年1月1日		性別	男・女	
	郵便番号	〒 210-8577	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	090 - 1111 - 1111		
	住所	川崎市川崎区宮本町1番地	現住所のほか、今年1月1日の住所と前年1月1日の住所も必ず記入してください。現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。			
		今年の1月1日現在の住所	横浜市中区日本大通1			
		前年の1月1日現在の住所	東京都千代田区霞が関1-2-2			
	医療保険	保険者名	川崎市 国民健康保険	保険者番号	1 1 1 1 1 1	
		健康保険証をみて、医療保険の各項目を記入してください (後期高齢の場合、記号及び番号は被保険者番号を記入)。	証番号	1 1 - 1 2 3 4 5 6 7		
	被保険者氏名	川崎 二郎	患者との続柄	本人	生活保護受給の有無	
				有・無	有・無	
	指定難病の名称	複数ある場合はすべて記入してください。パーキンソン病				
	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	
	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	障害基礎年金		

世帯に関する事項	フリガナ氏名	患者との続柄	生年月日	個人番号									
	カワサキ ハナコ 川崎 花子	妻	昭和30年2月2日	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2									
	カワサキ サブロー 川崎 三郎	長男	平成20年3月3日	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3									
			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	カワサキ ハナコ 川崎 花子	受給者番号	申請中								
		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	カワサキ サブロー 川崎 三郎	受給者番号	2 3 4 5 6 7 8								
		フリガナ氏名		受給者番号									

マイナンバーの記入が必要です。

保健福 申請書中に記載されている、支給認定基準世帯員、軽症高額該当、課税対象とならない収入等については「指定難病医療費助成制度の御案内」で御確認ください。

※ 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	軽症高額該当	他特定医療費等証明	課税対象外収入	税証明
		有・無	有・無				の				

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入をお願いします。）。		
	5	※医療機関等は、都道府県又は政令指定都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指定都市のホームページを御覧いただくか、医療機関等に直接御確認ください。		

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	—	
	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。	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	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111-111	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。	

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。

同意事項を確認の上、必ず記入してください。

(宛先) 川崎市長
 申請者氏名（患者又は保護者）

川崎 二郎

令和3年7月1日