

# 申請書記入例

マイナンバーの  
記入が必要です。

## 特定医療費支給認定申請書（更新用）

※ 既に印字されている部分に修正がある場合は、当該部分を赤字で修正し、それ以外は記入してください。

|          |   |                                       |          |   |   |                                     |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|----------|---|---------------------------------------|----------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 患者に関する事項 | 受給者番号   | 9999999                               |          | 個人番号  | 1                                       | 1                                   | 1                                    | 1                                | 1  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |
|          | フリガナ氏名  | カワサキ シロウ<br>川崎 二郎                     |          | 生年月日  | 昭和30年1月1日                               |                                     |                                      |                                  | 性別 | 男 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 郵便番号  | 〒                                     | 210-8577 | 日中連絡がとれる電話番号<br>(携帯電話番号も可)  | 044-222-2222<br><del>044-111-1111</del> |                                     |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 住所  | 川崎市川崎区宮本町1番地                          |          | 氏名、フリガナ、住所、医療保険の情報等、申請書に既に印字されている項目については、内容をご確認いただき、修正がある場合は赤字で取り消し線と訂正をお願いします。 |   |                                     |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 医療保険  | 保険者名                                  | 国保 川崎市   |   | 保険者番号                                   | 111111                              |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          |   | 被保険者氏名                                | 川崎 二郎    |   | 被保険者証の<br>記号及び番号                        | 11 1234567                          |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 指定難病の名称   | パーキンソン病                               |          | 6   | クローン病                                   |                                     | 提出する臨床調査個人票が複数ある場合は、疾病名をすべて記入してください。 |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 自己負担上限額の特例<br>(申請する場合は、該当する口<br>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 checked="" type="checkbox"/> | 高額かつ長期<br>(高額難病治療継続者)                | 軽症高額該当、高額かつ長期等の要件は、更新案内でご確認ください。 |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 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<br>(申請中の場合を含む。)      | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |          | 有の場合、受給者番号  |   |                                     |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|          | 課税対象とならない収入<br>(障害年金、遺族年金等)の有無                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無  |          | 有の場合、その種類 障害基礎年金  |   |                                     |                                      |                                  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

課税対象とならない収入については、更新案内でご確認ください。

|   |        |  |        |           |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|--------|--|--------|-----------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 世帯に関する事項  | 支給認定基準 | 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<br>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 | 2 | 2 |
|   |        | カワサキ サブロウ<br>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 | 3 | 3 |
|   |        | 支給認定基準世帯員については、更新案内をご確認ください。別添の「支給認定基準世帯員補足事項」に該当する場合（令和3年1月1日現在の住所が川崎市以外の場合又は現住所が患者と異なる場合）は、申請書と併せて「支給認定基準世帯員補足事項」も記入のうえ必ず提出してください。 |        |           |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |        | マイナンバーの記入が必要です。  |        |           |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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<br>川崎 花子  |        | 受給者番号     | 申請中     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | フリガナ氏名 |  |        | 受給者番号     |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | フリガナ氏名 | カワサキ サブロウ<br>川崎 三郎   |        | 受給者番号     | 2345678 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | フリガナ氏名 |  |        | 受給者番号     |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

※ 裏面も必ず記入してください。

|   |   |     |   |                             |  |
|---|---|-----|---|-----------------------------|--|
| 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  | 川崎病院  |                             |  |
|   |   | 所在地 | 川崎市川崎区宮本町100番地  |                             |  |
|   | 2 | 名称  | <del>中原薬局</del>   | 削除する場合は二線で<br>取り消し          |  |
|   |   | 所在地 | <del>川崎市中原区小杉町100番地</del>                                     |                             |  |
|   | 3 | 名称  | 宮前薬局  | 追加する場合は指定医療機<br>関の名称と所在地を記入 |  |
|   |   | 所在地 | 川崎市宮前区100番地   |                             |  |
|   | 4 | 名称  | 既に印字されている指定医療機関について、指定医療機関の追加、変更、<br>削除等ある場合は、赤字で加除訂正をお願いします。 |                             |  |
|   |   | 所在地 |   |                             |  |
|   | 5 | 名称  | ※指定医療機関を追加する場合、名称や所在地については、お薬手帳等を確認してできる限り<br>正確に記入をお願いします。）  |                             |  |
|   |   | 所在地 |   |                             |  |
| ※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<br>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<br>を御覧いただくか、医療機関等に直接ご確認ください。 |   |     |   |                             |  |

|                           |             |    |                            |                   |
|---------------------------|-------------|----|----------------------------|-------------------|
| 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        | 氏名 | 個人番号                       |                   |
|                           | 患者との続柄      |    | 日中連絡がとれる電話番号<br>(携帯電話番号も可) | — —               |
|                           | 住           | 〒  | —                          | ※ 患者と同じ場合は記入不要です。 |
|                           | 課税対象とならない有無 |    |                            |                   |

|  |      |    |                             |   |               |
|--|------|----|-----------------------------|---|---------------|
| 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<br>川崎 四郎           | 日中連絡がとれる電話番号<br>(携帯電話番号も可)                | 080-1111-1111 |
|  | 住    | 所  | 〒 211-8570<br>川崎市中原区小杉町1000 | 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。

(宛先) 川崎市長  
 申請者氏名 (患者又は保護者)

申請日、申請者名は必ず記入してください。

令和3年7月1日

川崎 二郎