

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	
	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。																			
	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																	

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	〒 —			

(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)

年 月 日