# 申　請　書　記　入　例

## 特定医療費支給認定申請書（更新用）

個人番号を記載してください

※　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 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| フリガナ<br>氏名 | カワサキ　ジロウ<br>川崎　二郎 | 生年月日 | 昭和61年4月1日 |
| 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） | ０４４－１１１－１１１１ |
| 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 | 川崎市国保<br>~~××健康保険組合~~ | 保険者番号 | 222222<br>~~111111~~ |
| | 被保険者氏名 | 川崎　二郎 | 被保険者記号及び番号 | ９９　０１２３４５６<br>~~11　12345-67~~ |
| | | | 患者との続柄 | 本人 |
| | | | 生活保護受給の有無 | 無 |

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。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 指定難病の名称 | パーキンソン病 | 6 | クローン病 | | |

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。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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。） | □ | 人工呼吸器等装着 | □ | 軽症高額該当 | ☑ 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 | 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**

| 支給認定基準世帯員 | フリガナ<br>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 | 平成4年10月15日 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| | カワサキ　サブロウ<br>川崎　三郎 | 長男 | 令和2年3月8日 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |

支給認定基準世帯員については、更新案内の１８ページをご確認ください。
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７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。

個人番号を記載してください

※ 住所が患者と異なる場合又は今年の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<br>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<br>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<br>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<br>氏名 | | 受給者番号 | |

※　裏面も必ず記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| **受診を希望する主な指定医療機関**（薬局、訪問看護事業者等を含む。） | 名　称 | ○○病院 |
| | 所在地 | 川崎市川崎区東田町８ |

**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のうち代表的な指定医療機関を１か所だけ記入してください。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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<br>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 | | | |
| | 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 | |

**原則として、患者が１８歳未満の場合は記入が必要です。**

患者と同じ場合は記入不要です。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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<br>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（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。

**申請日、申請者名は必ず記入してください。**
**※申請者が患者又は保護者以外の場合、委任状が必要です。**

（宛先）川崎市長

令和７年７月１日

申請者氏名（患者又は保護者）

川崎　二郎