

審査結果

認定・不認定

特定医療費支給認定申請書（更新用）

※太枠内を記入または印字を確認してください。印字内容を修正する際は二重線を引き、記入してください。

公費負担者番号	5	4	1	4	受給者番号				
フリガナ					生年月日	令和・平成 昭和・大正 明治	年	月	日
氏名									
日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号可)	①				②				
住所	〒				横浜市 区				
患者の 住民税の 課税自治体	都・道 府・県				市・区 1月1日に患者の住民票があった自治体名を記載してください。 町・村 (1月1日時点で横浜市にお住まいでしたら記載は不要です)				
指定難病の名称 (複数ある場合は全ての疾病 名を記入してください)									
各項目の有無に○ をつけてください	軽症高額該当(※1) : 有・無	高額難病治療継続(※2) : 有・無	人工呼吸器等装着(※3) : 有・無	生活保護 : 有・無					

患者に関する事項

※1 軽症高額該当認定

疾患ごとに定められた認定基準のうち、診断基準は満たすが重症度基準を満たさない場合であって、申請をした日の属する月を含む過去12か月（発症日が申請日から過去1年未満の場合は、発症日から）において、月ごとの医療費総額(10割分)が33,330円を超える月が3か月以上ある場合は公費助成の対象となります。

※2 高額難病治療継続

申請をした日の属する月を含む過去12か月（もしくは、支給認定を受けた日以降の医療費）において、月ごとの医療費総額(10割分)が5万円を超える月が6か月以上ある場合、住民税課税世帯は自己負担上限月額が軽減されます。

※3 人工呼吸器等装着認定

臨床調査個人票において「装着の有無：あり」「離脱の見込み：なし」「施行状況：一日中施行」「生活状況：全ての項目において部分介助または全介助」にチェックがある場合が対象となります。

特定医療費申請の同意について（意思表示及びご署名がないと受付できません）

厚生労働大臣あて

私は、別紙の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

どちらかの□にチェックを入れてください→ はい いいえ

横浜市長あて

私は、上記のとおり特定医療費支給認定を申請します。

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。

特定医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、横浜市が患者の加入する健康保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。また、本申請による情報を難病患者支援に利用するため、お住まいの区の区役所福祉保健センターと情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

(申請者) 患者本人の氏名

(患者が18歳未満の場合は保護者氏名)

区役所受付印

福祉保健センター使用欄

要 確 認	臨床調査個人票	受給者証	軽症高額	高額かつ長期	登録者証
の 該 当 者	税証明	生保	講演会	海外在住証明	他都市登録者証
み 者	他の特定医療費	小児慢性疾患	障害年金等		

健康福祉局受付印

※裏面も必ずご記入ください

※太枠内を記入または印字を確認してください。印字内容を修正する際は二重線を引き、記入してください。

患者に関する事項	保険証の記号・番号 (後期高齢者医療の場合は番号のみ)					
	ご加入の 公的医療 保 険		被保険者の氏名 (国保、国保組合、後期 高齢は「患者の氏名」)	患者から みた続柄		
	保険者番号					
	保険者の名称					
被保険者の 住民税の 課税自治体		都・道 府・県	市・区 町・村	1月1日に被保険者の住民票があった自治体名を記載してください。 (被保険者が1月1日時点で横浜市にお住まい又は患者本人の場合は 記載不要です)		
支給認定基準世帯員	患者と 同じ公的 医療保 険に加入 している 方全員を記 載してくだ さい	フリガナ	患者から みた続柄	生年月日	市外在住者(海外在住を含む)の場合は氏名及び 在住市区町村(または国名)を記載してください	
		氏名		年 月 日		
				令和・平成 昭和・大正 明治		
				令和・平成 昭和・大正 明治		
				令和・平成 昭和・大正 明治		
				令和・平成 昭和・大正 明治		
				令和・平成 昭和・大正 明治		

指定医療機関	難病の患者の医療等に関する法律に基づき都道府県又は政令指定都市 が指定する医療機関(薬局、訪問看護ステーションを含む)
--------	--

※以降は、該当する場合のみ記入してください。

同じ公的医療保険で指定難 病の特定医療費または小児 慢性特定疾病の医療費の支 給認定を受けている方	氏 名		受給者番号	
	氏 名		受給者番号	

患者本人(患者が18歳未満の場合は保護者) が昨年(申請日の前年1~12月)に右記の障 害年金・遺族年金・その他の給付金を受給した 場合	年金給付金 の制度種類	障害年金・遺族年金・ その他の給付金 ()
	支給機関	日本年金機構・その他 ()

○保護者についての記入は、患者本人が18歳未満の場合に必要です。
○書類のお届け先を本人又は住所地以外を希望される方は下欄にご記入ください。
(送付先は取り下げるまで継続します。なお、その際は個人番号の記入は不要です。)

保護者 (患者が18 歳未満の場 合に記入) 又は 送付先	フリガナ		
	氏名		
	患者から みた続柄	日中連絡がと れる電話番号	— —
	送付先	〒 — □←患者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。	