

申請書（桃色）の記入例【表】

郵便物の送付先を変更する場合は、二重線を引き申請書裏面⑬へ記入してください。

〒000-0000
横浜市●●区△△
○○ ○○様

1 現在の登録内容を印字しています。変更がある場合、二重線を引き修正してください。電話番号が空欄の場合はご記入ください。

患者に

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											①					②				
日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号可)																				
住所	横浜市 区										②									
患者の 住民税の 課税自治体	都・道 府・県																			
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)	③										④									
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	④	: 有・無	人工呼吸器等装着(※3) : 有・無	生活保護 : 有・無														

2 令和6年1月1日現在、横浜市外に住民票があった方はご記入ください。

3 更新申請する指定難病の名称をご確認ください。

4 4つの項目について「有」または「無」に「○」をご記入ください。(※1、※2は更新案内8、9ページ参照)

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 **5** 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。

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公的医療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。

6 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 健康福祉局受付印

5 更新案内11ページ「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご覧いただき、「はい」または「いいえ」に「レ」点をご記入ください。※令和6年4月に同意いただく内容が改正されました。11ページを必ず確認してください。

6 記入した日付、患者さんの氏名(患者が18歳未満の場合は保護者氏名)をご記入ください。

5 ・ **6** は必ずご記入ください。(記入漏れが多くなっています)

申請書（桃色）の記入例【裏】

※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。

7 現在の登録内容を印字しています。「患者からみた続柄」が空欄の場合は記入してください。

患者に関する事項

ご加入の 公的医療 保険	保険証の記号・番号 (後期高齢者医療の場合は番号のみ)		7	患者から みた続柄
	被保険者の氏名 (国保、国保組合、後期 高齢は「患者の氏名」)			
	保険者番号			
	保険者の名称			

※
変更がある場合は、二重線を引き修正してください。(添付書類が必要です。更新案内の5~7ページを必ず確認してください。)

支給認定基準書

被保険者の 住民税の 課税自治体	都・道 府・県	市・区 町・村	1月 (被 記載)	8	者の住民票があった自治体名を記載してください。 1日時点で横浜市にお住まい又は患者本人の場合は
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 氏名	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
		令和・平成 昭和・大正 明治	年 月 日		
			9	日	
			日		
			年 月 日		
			年 月 日		

8 被保険者が、令和6年1月1日現在横浜市外に住民票があった方は、ご記入ください。

※以降は、該当する場合のみ記入してください。

9 現在の登録内容を印字しています。変更がある場合は二重線を引き訂正してください。

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	10	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 ()	11
	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。)

「患者からみた続柄」が空欄の場合はご記入ください。
横浜市外在住の方がいる場合は、市町村または国名をご記入ください。

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	12	
	送付先	〒 -	

保護者と同じ場合は、チェックを入れて記入を省略できます。

以降は、該当がある場合のみご記入ください。

10 患者さんと同じ健康保険に加入している方で、「特定医療費（指定難病）」または「小児慢性特定疾病」医療費の支給認定を受けている方がいる場合は、氏名・受給者番号をご記入ください。

11 患者さんご本人が障害年金・遺族年金等を受給されている場合は、ご記入ください。

12 保護者名（患者さんが18歳未満の場合）又は送付先を変更する場合は、ご記入ください。