

患者に関する事項

・氏名、生年月日、住所

患者様の情報を記載します。

・日中連絡が取れる電話番号【注1】

市からの連絡に対応できる電話番号を記載します。

・過去の受給歴

過去に受給者証を受けていたことがある場合、過去の受給者証の発行自治体名と受給者番号を記載します。

・患者の住民税課税自治体

過去2年以内の間に横浜市へ転入してきた方は、過去2年間で住民税が課税されていた自治体名を記載します。

送付先、保護者

患者様が未成年の場合や患者様の住所以外に書類送付を希望される場合に記載します。

・登録種別

患者様が未成年の場合には「保護者」とします

(保護者宛に書類を送付します)。

患者様の住所以外への送付希望の場合は「送付先」とします。

・氏名、宛先、続柄、

日中連絡が取れる電話番号【注1】

登録種別の方の情報を記載します。

有効期間申告事項

・臨床調査個人票の診断年月日

臨床調査個人票（診断書）に記載されている診断年月日を記入します（臨床調査個人票の最後のページまたは最後から2ページ目に記載があります）。

・1か月以上の有効期間遡りを希望する理由

1か月以上の遡りを希望する場合にはその理由の項目に✓を記載します。詳しくは「新規申請の手引」の2ページをご確認ください。

同意選択事項

横浜市が個人情報を確認することに同意する場合に✓を記載します。

同意しない場合には、上限金額算定に必要な情報の証明書類を提出します（患者および支給認定基準世帯員の市民税情報の分かる課税（非課税）証明書、生活保護証明、障害年金遺族年金の受給が分かる書類など）。

署名欄

申請をする日と患者氏名（患者が未成年の場合は保護者氏名）を記載します。

※太枠内を記入(口がある箇所は該当する場合にチェック)をしてください。								
患者に関する事項	フリガナ			生年月日	令和・平成 昭和・大正	年	月	日
	氏名							
	日中連絡がとれる電話番号	①		②				
	住所	〒	-					
	横浜市	区						
過去の受給歴	<input type="checkbox"/> 初めての申請		<input type="checkbox"/> 過去に受給していた(受給自治体		受給者番号			
	患者の住民税課税自治体 (横浜市外課税者のみ記載)		都・道・府・県		市・区・町・村			
	申請する指定難病の疾病名		添付の臨床調査個人票または前自治体の受給者証に記載のとおり					
送付先・保護者	登録種別	<input type="checkbox"/> 送付先		<input type="checkbox"/> 保護者(患者が未成年の場合のみ)		日中連絡がとれる電話番号		
	フリガナ			〒	-			
	氏名			宛先			続柄	
有効期間申告事項	特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	臨床調査個人票の診断年月日			年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため						
		<input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため						
		<input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため						
		<input type="checkbox"/> その他()						
同意選択事項	以下に同意する場合には口に✓を入れてください							
	<input type="checkbox"/> 申請に係る自己負担上限月額算定に必要な個人情報確認 横浜市長あて 私は特定医療費（指定難病）助成制度の申請に係る自己負担上限月額算定に必要な個人情報（患者本人および裏面に記載した支給認定基準世帯員についての市民税課税状況、生活保護受給情報、遺族年金障害年金受給情報等）について横浜市が確認することに同意します。							
署名欄	横浜市長あて 私は、この申請書に記載された内容が申請日時点の情報と相違ないことを確認し、横浜市へ特定医療費（指定難病）助成制度支給認定を申請します。また、本申請から変更が生じた場合には速やかに変更の届出を行います。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。							
	申請日	年	月	日				
	氏名	(患者が未成年の場合は保護者氏名)						

健康保険証の事項

健康保険種別

患者様が加入している健康保険に✓を記載します。必要書類は「新規申請の手引」の12～13ページをご確認ください。

記号、番号、被保険者氏名

健康保険証の記号、番号、被保険者氏名を記載します。後期高齢者医療保険の方は、番号のみ記載します。被保険者氏名は国民健康保険、後期高齢者医療保険の方は、患者氏名を記載します。

被保険者の住民税課税自治体

被保険者が市外在住の場合や過去2年間に横浜市へ転入の場合に、住民税が課税されていた自治体を記載します。

健康保険証の事項

軽症高額該当基準

「新規申請の手引」4～5ページに記載の軽症高額該当基準に該当する場合には✓を記載してください。

高額難病治療継続

「新規申請の手引」8ページに記載の高額難病治療継続に該当する場合には✓を記載してください。

✓がない場合は該当なしとします。

人工呼吸器装着、生活保護受給

人工呼吸器に該当の場合には人工呼吸器に✓を記載してください。生活保護受給の方は生活保護に✓をします。

臨床調査個人票の研究同意

別紙の研究同意について同意される場合には✓を記載してください。✓がない場合でも申請可能です。

支給認定基準世帯員 兼 同意選択事項署名欄

横浜市が個人情報を確認することに同意する場合に、氏名、続柄、生年月日を記載します。同意しない場合には、同意しない支給認定基準世帯員について、上限金額算定に必要な情報の証明書類を提出します。詳しくは、「新規申請の手引」の8ページをご確認ください。

支給認定基準世帯員のうち市外在住者がいる場合

支給認定基準世帯員が、横浜市外に在住の場合には※1に在住の市区町村または国名を記載します。

該当者のみ記載する事項

同じ健康保険で指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方

対象となる方の氏名、医療費助成の種類（指定難病又は小児慢性特定疾病）、受給者番号を記載します。

患者本人が障害年金・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と支給機関を記載します。詳しくは「新規申請の手引」の13ページをご確認ください。

健康保険証の事項	健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（神奈川県国民健康保険など） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険（神奈川県後期広域連合など） <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合（医師国保、建設国保など） ※課税（非課税）証明書が必要な場合があります <input type="checkbox"/> 被用者保険（協会けんぽ、健康保険組合、共済など） ※課税（非課税）証明書が必要な場合があります				
	記号	番号				
支給認定基準世帯員兼同意選択事項署名欄	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 添付資料(保険証の写し、資格確認書の写し等)のとおり	被保険者の住民税課税自治体(横浜市外課税者のみ記載)	都・道 府・県	市・区 町・村	
	1	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	令和・平成 昭和・大正	年 月
	2	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	令和・平成 昭和・大正	年 月
	3	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	令和・平成 昭和・大正	年 月
4	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	令和・平成 昭和・大正	年 月	
※1:支給認定基準世帯員のうち市外在住者(海外を含む)がいる場合は、上記表の該当する方の番号(①～④)及び在住している市区町村または国名を記載してください。						
全員確認が必要な事項	<input type="checkbox"/> 以下に該当する場合には、□に✓をしてください。✓がない場合には該当なしとして取り扱います。					
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当基準 <small>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。</small>					
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続 <small>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る制度です。</small>					
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <small>臨床調査個人票において「装着の有無」あり、「郵送の見込み」なし、「通行状況」一日中通行、「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。</small>					
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の研究同意 <small>厚生労働大臣が定める、別紙の説明を添付し、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。</small>					
※以降は、該当する項目のみ記入してください。						
該当者のみ記載する事項	同じ健康保険で指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方	氏名	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
	患者本人(患者が未成年の場合は保護者)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	支給機関	障害年金・遺族年金・その他の給付金()		

【注1】電話番号について

横浜市では、個人情報保護の観点から申請時にご登録いただいた電話番号からのお問合せにのみ、ご回答をしております。登録のない電話番号からの連絡については個人情報にかかる回答は一切行いませんのでご注意ください。