

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											患者の個人番号(12ケタ)								
氏名																			
生年月日	令和・平成 昭和・大正 明治		年		月		日	日中連絡がとれる 電話番号 (携帯電話番号可)											
住所	〒										区								
患者の 住民税の 課税自治体	横浜市										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)											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)								
各項目の有無に○ をつけてください	軽症高額該当(※1)：有・無 該当する場合は、資料添付			高額難病治療継続(※2)：有・無 該当する場合は、資料添付			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、特定医療費及び小児慢性特定疾病医療支援に係る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

指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

どちらかの口にチェックを入れてください→

 はい いいえ

横浜市長あて

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。

令和 年 月 日

(申請者)患者本人の氏名、署名日を記入してください→
(患者が18歳未満の場合は保護者氏名)

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	保険証	受給者証	軽症高額	高額かつ長期	
の 該 当 者	税証明	個人番号の確認方法			生保	講演会
		番号カード・通知カード・本確()				
	他の特定医療費	小児慢性疾患	障害年金等	海外在住証明		

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)				
	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)		

○加入する保険種別に応じて該当する方を記載(該当者の保険証の写しが必要になります)

- ・国民健康保険(A)、国民健康保険組合(C)に加入している ⇒患者と同じ保険に加入している方全員
- ・後期高齢者医療保険(B)に加入している ⇒後期高齢者医療保険に加入している方全員
- ・被用者保険(D)に加入している ⇒被保険者のみ(「家族」や「被扶養者」の方は記入不要)

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	フリガナ	患者からみた続柄	生年月日	個人番号(12ケタ)
	氏名(※1)		年 月 日	
	①		令和・平成 昭和・大正 明治	
	②		令和・平成 昭和・大正 明治	
	③		令和・平成 昭和・大正 明治	
	④		令和・平成 昭和・大正 明治	
⑤		令和・平成 昭和・大正 明治		

※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(①～⑤)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。

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		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
	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		保護者の個人番号(12ケタ)
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	〒 —	<input type="checkbox"/> ←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。