

(表)

特定医療費支給認定申請書（新規用）

いずれかに○印をつけてください。

- 1：初めて申請する。 2：既に指定難病の支給認定を受けており、横浜市外からの転入である。
- 3：平成30年3月以前、神奈川県から指定難病の支給認定を受けていたことがある。
- 4：平成30年4月以降、横浜市から指定難病の支給認定を受けていたことがある。

（前受給者番号： ）

※ 太枠内のみ御記入ください。

患者に関する事項

公費負担者番号	5	4	1	4	受給者番号															
フリガナ					性別	個人番号	患者の個人番号（12ケタ）													
氏名					男・女	生年月日	令和・平成 昭和・大正 明治	年	月	日										
郵便番号	〒	—			日中連絡がとれる 電話番号	① 0	—	—												
住所	横浜市 区																			
患者の住民税の課税自治体	都・道・府・県				市・区・町・村（今年1月1日）				今年の1月1日及び昨年の1月1日に住民票があった自治体名を左に記載してください。 （直近2年以上横浜市にお住まいであれば記載不要です。）											
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）																			
	保険者番号				保険者の名称															
	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				
被保険者の住民税の課税自治体	都・道・府・県				市・区・町・村（今年1月1日）				今年の1月1日及び昨年の1月1日に住民票があった自治体名を左に記載してください。 （被保険者が直近2年以上横浜市にお住まいまたは患者本人の場合は記載不要です。）											
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																				
				人工呼吸器等装着（※1）：有・無				軽症高額該当（※2）：有・無				生活保護受給：有・無								

※1 人工呼吸器等装着認定は、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。

※2 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。

支給認定基準世帯員

氏名	患者からみた続柄	生年月日	個人番号（12ケタ）
		令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日	
		令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日	
		令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日	
		令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日	
		令和・平成 昭和・大正 明治 年 月 日	

支給認定基準世帯員のうち市外在住者（海外在住を含む）の氏名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

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

※ 裏面も必ず御記入ください。

指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション含む。）に関する事項	1	名 称	所在地	横浜市
	2	名 称	所在地	横浜市
	3	名 称	所在地	横浜市
	4	名 称	所在地	横浜市
	5	名 称	所在地	横浜市

同じ公的医療保険に加入している方で、指定難病の特定医療費または小児の慢性特定疾病の医療費の支給認定を受けている方を記載してください	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ましたか	ある・ない （「ある」場合は右に○をし、支給機関を記入してください）	年金給付金の制度種類	障害基礎・厚生年金／遺族基礎・厚生年金／障害共済年金／遺族共済年金 寡婦年金／障害手当金／障害一時金／特別障害給付金／障害補償給付 障害給付金／障害補償／特別児童扶養手当／障害児福祉手当 特別障害者手当／福祉手当／その他（ ）									
		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。
また、書類の送付を住所以外の送付先へ希望される方は下欄に御記入ください（個人番号欄は記入不要です。）。

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。									

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。

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
（患者が18歳未満の場合は保護者氏名）
