

受給者番号

特定医療費支給認定申請書（更新用）

※現在登録されている情報を印字しています。変更がある場合は、別途変更申請が必要です。

患者情報	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	〒 ー ー 横浜市 区			
	指定難病の名称				

送付先／保護者	フリガナ		患者から見た 続柄	日中連絡が 取れる 電話番号	
	氏名				
	住所	〒 ー ー			

↓以下に同意する場合には口に✓を入れてください

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の健康保険証情報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)

区役所受付印	局受領印

※裏面も必ずご記入ください

