

## 特定医療費支給認定申請書（新規用）

|  |  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--------------------------------|---|---|-------------------------------|--|---|--|--|-------|---------------------------|------------------|--|-----------------|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号  | 5  | 4                              | 1 | 4 |                               |  |   |  |  | 受給者番号 |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>※太枠内を記入または印字を確認してください。</b><br><b>いずれかに「レ」点をつけてください。</b><br><input type="checkbox"/> :初めて申請する。<br><input type="checkbox"/> :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。(転入前の受給者証交付自治体名: )<br><input type="checkbox"/> :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。<br><input type="checkbox"/> :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: ) |  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ   |  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       | 個人番号(12ケタ)                |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       | 個人番号(マイナンバー)は、別紙にご記入ください。 |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 令和・平成<br>昭和・大正   | 年 月 日                          |   |   | 日中連絡がとれる<br>電話番号<br>(携帯電話番号可) |  |   |  |  |       |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | 〒 ー 横浜市 区  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者の<br>住民税の<br>課税自治体   | 今年及び昨年の1月1日に住民票があった自治体名を右に記載してください。<br>(直近2年以上横浜市にお住まいであれば記載は不要です) |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       | 都・道・府・県                   |                  |  | 市・区・町・村(今年1月1日) |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |                                |   |   |                               |  |   |  |  |       | 都・道・府・県                   |                  |  | 市・区・町・村(昨年1月1日) |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定難病の名称<br>(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○<br>をつけてください   |  | 軽症高額該当(※1):有・無<br>該当する場合は、資料添付 |   |   |                               |  | 高額難病治療継続(※2):有・無<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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(※4)  |  | 年 月 日<br>(臨床調査個人票の診断年月日)       |   |   |                               |  | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】<br><b>※☑チェックがない場合は該当無とします</b><br><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他の理由 { } |  |  |       |                           |                  |  |                 |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |

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(今までに指定難病や小児慢性の認定を受けたことのない方は対象外です。)

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。

## ※4 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

特定医療費の支給開始日は、**指定医が重症度分類を満たしている日**又は**軽症高額の基準を満たした日の翌日**(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載。

## 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。また、本申請による情報を難病患者支援に利用するため、お住ま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。

(申請者)患者本人の氏名、署名日を入れてください→ 令和 年 月 日  
(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<br>確<br>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<br>該<br>当<br>者 | 税証明     | 個人番号の確認方法<br>番号カード・通知カード+本確( ) |       |        | 生保     | 講演会 |
|                  | 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。

|          |          |  |   |         |                 |         |                 |
|----------|----------|--|---|---------|-----------------|---------|-----------------|
| 患者に関する事項 | ご加入の健康保険 | 保険の種類<br>該当する事項に☑チェックを入れてください。該当する保険証の写しを添付書類として提出してください(マイナンバーカードの保険証利用の場合は、ポータルの画面の写し)。CまたはDの場合、税証明も提出してください。  | <input type="checkbox"/> A.国民健康保険 (神奈川県国民健康保険など)<br><input type="checkbox"/> B.後期高齢者医療保険 (神奈川県後期広域連合など)<br><input type="checkbox"/> C.国民健康保険組合 (医師国保、建設国保など)<br><small>※同一保険加入者全員の(非課税)証明書の提出が必要</small><br><input type="checkbox"/> D.被用者保険 (協会けんぽ、健康保険組合、共済など)<br><small>※被保険者が非課税の場合、被保険者の課税(非課税)証明書の提出が必要</small> |         |                 |         |                 |
|          |          | 被保険者の氏名<br>(国保、国保組合、後期高齢は「患者の氏名」)  | <input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり   |         | 患者からみた続柄        |         |                 |
|          |          | 被保険者の住民税の課税自治体   | 今年及び昨年の1月1日に住民票があった自治体名を右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であれば記載は不要です)   | 都・道・府・県 | 市・区・町・村(今年1月1日) | 都・道・府・県 | 市・区・町・村(昨年1月1日) |
|          |          | ○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)<br>・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<br>・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<br>・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  | いる患者と全員の健康保険に加入させてください | フリガナ | 氏名(※1) | 患者からみた続柄 | 生年月日           | 個人番号(12ケタ) |  |
|  |                        | ①    |        |          | 令和・平成<br>昭和・大正 | 年 月 日      | 個人番号(マイナンバーは、別紙「特定医療費支給認定にかかる個人番号申告書」にご記入ください。 |
|  |                        | ②    |        |          | 令和・平成<br>昭和・大正 | 年 月 日      |  |
|  |                        | ③    |        |          | 令和・平成<br>昭和・大正 | 年 月 日      |  |
|  |                        | ④    |        |          | 令和・平成<br>昭和・大正 | 年 月 日      |  |
|  |                        | ⑤    |        |          | 令和・平成<br>昭和・大正 | 年 月 日      |  |
| ※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)及び居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。

|  |    |  |  |       |  |
|--|----|--|--|-------|--|
| 同じ健康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<br><input type="checkbox"/> 小児慢性 | 受給者番号 |  |
|  | 氏名 |  | <input type="checkbox"/> 指定難病<br><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<br>(患者本人が18歳未満の場合に記入が必要です。) | フリガナ     |     | 個人番号(12ケタ)                    |   |
|                                 | 氏名       |     | 個人番号(マイナンバー)は、別紙にご記入ください。     |   |
|                                 | 患者からみた続柄 |     | 日中連絡がとれる電話番号                  | - |
|                                 | 送付先      | 〒 - | ☐←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。 |   |

|   |      |     |          |              |
|---|------|-----|----------|--------------|
| 送付先<br>(送付先の記入は、書類のお届け先を本人又は住所外を希望される場合に必要です(送付先は取り下げるまで継続します)。 | フリガナ |     | 患者から見た続柄 | 日中連絡がとれる電話番号 |
|   | 氏名   |     |          | -            |
|   | 送付先  | 〒 - |          |              |

注意:市役所等からの連絡は、申請書に記載された連絡先のみとしています。