

記入例(表) 裏面もご確認ください。

- ・提出する日付を記入してください。
- ・同意する 同意しない のどちらかに必ずチェックしてください。
- ・患者氏名(18歳未満は保護者名)を記入してください。
- ・代理人署名に該当する方は署名をお願いします。

お手元にある受給者証の情報を印字しています。修正や追加が必要な場合は、加筆してください。現在審査中の変更申請(届出)については、反映されていません。

- ・ボールペンや万年筆で記入してください。
- ・追加事項は、同じ欄の余白に記入してください。
- ・変更事項は、該当箇所の上に線を引いて、同じ欄の余白に記入してください。(訂正印不要)

印字内容がお手元の健康保険証と異なる場合は、お手元の健康保険証の記載内容を書き写してください。 ※お手元の受給者証の記載を変更する場合は、別途「特定医療費支給認定変更届出書」を提出してください。

送付先を指定していない場合は、住民票上の住所を送付先として印字しています。住民票上の住所と異なる送付先を指定する場合は、記入してください。

相模原市長あて
以下のとおり、特定医療費の支
厚生労働大臣あて
私は、裏面の説明を読み、指定難病の医療費助成
した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省の
録されること、②研究機関等の第三者に提供
する創薬の研究開発等に利用されることにご
同意する 同意しない 令和6年6月25日
申請者 氏名 相模原 花子
(患者) ※患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。
※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に
代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも
確認したうえで、以下も署名してください。
代理人署名:

対象の方については、更新手順のご案内の6ページをご覧ください。

世帯員氏名	患者との続柄	生年月日	個人番号
相模原 太郎	夫	昭和60年9月26日	* * * * * * * * * * * * * *
相模原 みどり	子	平成19年3月1日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

患者と同じ健康保険に加入している指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成対象者、及び患者自身が今回申請する疾病以外で小児慢性特定疾病の医療費助成対象者である場合(申請中の場合は受給者番号欄に「申請中」と記入。)

種別(○をつけてください)	氏名	受給者番号
指定難病 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	相模原 みどり	1234567
指定難病 ・ <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		

受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。)

医療機関名	住所
〇〇大学医療センター	△△市〇〇町1番地
〇〇ドラッグ	相模原市緑区〇〇2-1-1
□□クリニック	〇〇市〇〇町〇-□-□

申請いただいている指定医療機関のうち5つまで印字しています。

送付先が患者以外の時に記入してください。患者本人の場合は不要です。

該当する場合は○を記入し、次のとおり提出してください。
「軽症高額に該当する」「高額難病治療継続者(高額かつ長期)に該当する」場合
・・・算定期間の自己負担上限月額管理票のコピー
「人工呼吸器等装着」の場合
・・・臨床調査個人票(人工呼吸器等にかかる欄の記載)
現在、「高額難病治療継続者(高額かつ長期)」や「人工呼吸器等装着者」として認定されていない方が、要件を満たしたことで、現在有効の受給者証に反映させたい場合は、別途「特定医療費支給認定変更申請書」を提出してください。

公費負担者番号	54147038	受給者番号	0123456
フリガナ氏名	サガミハラ ハナコ 相模原 花子	生年月日	昭和62年3月12日
住所	〒252-0101 相模原市緑区〇〇1丁目1		
電話番号	090-3456-7890		
健康保険	記号	番号	枝番
	10	12345678	02
フリガナ被保険者氏名	サガミハラ ハナコ 相模原 太郎 花子	患者との続柄	本人
保険者番号	06141659 146019	保険者名(交付者名)	神奈川県機器健康保険組合 相模原市
フリガナ氏名	サガミハラ ハナコ 相模原 太郎 花子	患者との続柄	本人
住所	保護者に関する事項は、患者が18歳未満の場合のみ記入してください。		
電話番号			
フリガナ氏名	サガミハラ ハナコ 相模原 太郎 花子	患者との続柄	母
送付先住所	〒252-0101 相模原市緑区〇〇4丁目1 0236 富士見6丁目1番1号		
電話番号			
指定難病の名称	〇〇〇〇病		
特例事項(該当する場合に○印)	軽症高額に該当 <input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者(高額かつ長期) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を24時間使用している) <input type="checkbox"/>		

*の場合は、登録済みです。

欄があります。必ずご確認ください。

記入例(裏)

以下は、該当する場合のみ、ご記入ください。

- ・患者及び支給認定基準世帯員のうち、令和6年1月1日時点で相模原市に住民票がない方がいる場合

その方の氏名と令和6年1月1日時点の住民登録地(国外にお住いの場合は国名)をご記入ください。

氏名	令和6年1月1日時点の住民登録地(国名)
(記入例) 相模 太郎	〇〇県××市△△1-2-3 ◎◎マンション101号室

令和6年度の市町村民税が非課税の場合に記入してください。

- ・市町村民税非課税世帯である場合

患者(患者が18歳未満の場合は保護者)の令和5年中(令和5年1月1日~令和5年12月31日)の非課税収入について下表にご記入ください。

※年金振込通知書、年金額改定通知書、支給額変更通知書、年金証書、給付金に係る振込通知書等の写しをご提出ください。

該当する収入に支払い元と金額を記入してください。

令和5年中に受給していた非課税収入について		
種類	支払元(例:日本年金機構)	金額
遺族年金		円
障害年金	日本年金機構	781,000 円
寡婦年金		円
障害手当金、障害一時金 (国民年金法、厚生年金法、各種共済組合法、独立行政法人農業者年金基本法等の規定による)		円
特別障害給付金		円
労災保険による障害補償に関する給付		円
障害児福祉手当		円
特別障害者手当		円
福祉手当 (国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第97条第1項の規定による)		円
合計額		781,000 円

令和5年1月から12月の課税対象とならない収入の合計額を記入してください。また、収入金額が確認できる書類のコピーを提出してください。