

# 申請書（桃色）の記入例【表】

郵便物の送付先を変更する場合は、別途変更申請をご提出ください。

〒000-0000  
横浜市●●区△△  
○○ ○○様

※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。

1

現在の登録内容を印字しています。変更がある場合、別途変更申請をご提出ください。電話番号が空欄の場合はご記入ください。

患者情報	フリガナ		生年月日	令和・平成 昭和・大正	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	〒 -	横浜市	区	
	指定難病の名称				

2

送付先の登録がされている方については、登録されている送付先を印字します。新たに送付先の登録をされたい方、送付先の変更・解除をされたい方は別途変更申請をご提出ください。

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	〒 -			

同意選択事項

↓以下に同意する場合には□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

3

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)

4

3

内容をご確認いただき、チェックをご記入ください。

4

内容をご確認いただき、申請日と氏名をご記入ください。

③、④の記入がない場合は、不備照会をさせていただきますので、忘れずにご記入ください。（記入漏れが多くなっています。）

# 申請書（桃色）の記入例【裏】

**5**  
4つの項目について該当する場合はチェックをご記入ください。軽症高額や高額難病治療継続の詳細については、更新案内6～7ページをご確認ください。

**6**  
臨床調査個人票の研究同意については、更新案内12ページをご覧ください。同意される場合はチェックをご記入ください。

**7**  
現在の登録内容を印字しています。変更がある場合は、別途変更申請をご提出ください。

**8**  
患者または支給認定基準世帯員（更新案内8ページ参照）が1月1日時点で横浜市外や海外に在住されていた方は、課税自治体に税情報の照会をする必要があるため、ご記入ください。（税情報が確認できない場合、追加で税証明やマイナンバーを求められることがあります。）

**9**  
患者さんと同じ健康保険に加入している方で、「特定医療費（指定難病）」または「小児慢性特定疾病」医療費の支給認定を受けている方がいる場合は、氏名・受給者番号をご記入ください。

全員申告する事項

↓以下に該当する場合には、□に✓をしてください。チェックがない場合は該当なしとし！

**5**

軽症高額該当基準  
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つて、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。

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、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。

人工呼吸器装着  
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。

生活保護受給

臨床調査個人票の研究同意  
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。

**6**

健康保険証の情報

健康保険証の種類		被保険者氏名		
支給認定基準世帯員	① 氏名	<b>7</b>	生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治 年 月 日
	② 氏名		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治 年 月 日
	③ 氏名		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治 年 月 日
	④ 氏名		生年月日	令和・平成・昭和 大正・明治 年 月 日

該当者のみ記載する事項

患者または支給認定基準世帯員が1月1日時点で横浜市外（または海外）に在住されていた方

対象者氏名	<b>8</b>	課税自治体	都・道 府・県	市・区 町・村
対象者氏名		課税自治体	都・道 府・県	市・区 町・村

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

難病・小児 氏名	<b>9</b>	受給者番号	
難病・小児 氏名		受給者番号	