

令和 8 年度 神戸市 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(更新)

神戸市保健所長宛

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
また、神戸市の住民基本台帳及び税システム等により、受給者及び支給認定基準世帯員に関する住民票情報及び税情報、加入医療保険情報を確認し、階層区分を決定することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

2 以下の印字された受給者情報をご確認ください。
変更がある場合は赤ボールペンで二重線を引いて訂正をお願いします。押印は不要です。

受給者	受給者番号		公費負担者番号		記入日	年 月 日
	疾病名(告示番号)					
	フリガナ			生年月日		
	氏名					
住所(住民票所在地)	〒 - ※携帯電話番号の記載がない方は、追記してください (TEL: - -)					
受給者証送付先	《受給者証の送付先を受給者の住所以外に指定する場合のみ記入》 〒 - フリガナ() 氏名: 様宛 続柄: (TEL: - -)					
申請者(受給者が18歳未満の場合は保護者) ※受給者と同じ場合は記入不要	下記のことを申請者として、本件申請を委任します。 フリガナ() 氏名: 続柄: (TEL: - -) 住所 〒 - <input type="checkbox"/> 住所が受給者に同じ場合					

3 特例事項の要件に該当する方はチェックし、添付書類を提出してください。

特例事項	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を常時、装着している		添付書類: 診断書「人工呼吸器に関する事項」欄に記載あり			
	<input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓使用あり		在宅酸素療法やペースメーカーは該当しません。			
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期に該当する		添付書類: 自己負担上限額管理票のコピー(申請日を含む月以前の12か月分)をご提出ください。ご提出がない場合、適用となりませんのでご注意ください。			
	<input type="checkbox"/> 軽症高額に該当する					
<input type="checkbox"/> 同じ健康保険の他認定者がいる	難病	フリガナ	受給者番号			
	小慢	氏名				
	難病	フリガナ	受給者番号			
	小慢	氏名				

4 内容をご確認のうえ、「同意します」「同意しません」のどちらかに必ずチェックしてください。

①主治医への照会についての同意	
<input type="checkbox"/>	診断書(臨床調査個人票)の記載内容について、記載した主治医(指定医)への照会が必要だと判断した際、申請者(受給者)を介さず、神戸市から主治医(指定医)へ直接照会をかけることに同意します。
<input type="checkbox"/>	上記について同意しません。 → 診断書の記載内容について、主治医に照会が必要となった場合には、診断書をいったんお返します。診断書の記載内容について、主治医に照会が必要となった場合には、診断書をいったんお返します。診断書をいったんお返します。診断書をいったんお返します。
②診断書(臨床調査個人票)の研究利用についての同意 【厚生労働大臣宛】	
<input type="checkbox"/>	更新手続きのご案内11ページに記載の「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した診断書の情報が、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。
<input type="checkbox"/>	上記について同意しません。

5 受給者及び支給認定基準世帯員の市県民税の申告

自己負担上限額の判定に申告が必要な場合があります。
 【注意】をよくお読みのうえ、下記①～④のいずれかにチェックしてください。

【注意】以下の項目のいずれか1つでも当てはまる場合 → 申告は不要のため①にチェックしてください。
 ・前年中の収入が給与だけで、お勤め先から給与支払報告書が提出されている。
 ・前年中の収入が公的年金等だけで、年金の支払者から公的年金等支払報告書が提出されている。
 ・市内に住民票がある方に扶養控除の対象として申告されている。
 ※市外に住民票がある方に扶養控除の対象とされている場合は、収入がなくても申告が必要です。
 ・税務署に所得税の確定申告をした。

<input type="checkbox"/>	① 全員が申告期間内に申告しています。または上記の申告不要な場合に当てはまります。
<input type="checkbox"/>	② 未申告者はいませんが、申告期間後に申告または修正申告しています(予定含む)。 申告(予定)日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	③ 未申告者がいますが、申告する予定です。 申告予定日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	④ 未申告者がいますが、申告しないことで、自己負担上限額が上位所得(30,000円)の区分に決定されることに異議はありません。(右欄に署名をお願いします。) 署名

6 収入に関する申し立て(市民税非課税世帯の方のみ)

受給者及び支給認定基準世帯員全員の令和年度市民税が非課税で、かつ受給者本人の年収(※)が82万6500円以下の場合、どちらかにチェックをしてください。

【注意】チェックがない場合は、自己負担上限額は 5,000円(低所得Ⅱ)となります。
 ※合計所得金額、公的年金等の課税収入および非課税収入(※)

<input type="checkbox"/>	82万6500円以下の非課税収入あり 非課税収入*年額(円) → 収入額のわかる書類の写しの提出が必要です。 * 非課税収入とは、以下の年金等のことです。該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金 <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 <input type="checkbox"/> 労災等による傷害補償給付 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当
<input type="checkbox"/>	非課税収入なし ※虚偽の申告を行った場合、支給認定を取り消す場合があります。

<事務処理使用欄> 以下は記載しないでください

<区確認欄>

課税 非課税(82万6500円)以下 非課税(82万6500円超【障年・遺年・その他()】)

現在の認定情報	人工呼吸器	高額かつ	軽症高額	複数疾病	生活保護	世帯内受給者

一次	二次	人	軽
----	----	---	---

行政事務C 事務処理用						
保険照会	有 ・ 無	非課税世帯の収入		80万9千円以下・80万9千円超		
(境界層) 生保 ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 一般Ⅰ ・ 一般Ⅱ ・ 上位						
処理日	受付	書類審査	入力	審査	出力・封入	納品

区受付印	行政事務C受付印

必要書類チェックシート

申請する前に、下記の書類が揃っているか確認し、提出する書類にチェックしてください。

◆全員が必要な書類

<input type="checkbox"/>	① 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(更新) ※この用紙が申請書です
<input type="checkbox"/>	② 診断書(臨床調査個人票)
<input type="checkbox"/>	③ 特定医療費(指定難病)受給者証【コピー】
<input type="checkbox"/>	④ 受給者本人の医療保険の資格情報が確認できる書類【コピー】 ※マイナンバーカードのコピーは不可

◆以下に該当する方のみ必要な書類

該当条件		必要書類
<input type="checkbox"/>	⑤ a)市町村国民健康保険加入者で同じ住民票で同じ保険に加入している者がいる b)後期高齢者医療保険加入者で同じ住民票で同じ保険に加入している者がいる c)業種別国民健康保険組合加入者で同じ保険に加入している者がいる d)社会保険加入者で、被保険者が受給者本人ではない	支給認定基準世帯員の健康保険証等【コピー】 ※申請書1ページの <input type="checkbox"/> ②に記載されている方の医療保険の資格情報が確認できる書類【コピー】をご提出ください(マイナンバーカードのコピーは不可) ※d)の方のみ受給者本人の健康保険証等に被保険者氏名の記載がある場合は、被保険者分は省略できます
<input type="checkbox"/>	⑥ 「高額かつ長期」・「軽症高額」を申請する方	自己負担上限額管理票【コピー】 ※申請日を含む月以前の12か月分必要
<input type="checkbox"/>	⑦ 受給者及び支給認定基準世帯員で、令和8年1月1日時点で神戸市外に住民票があった方／他都市に納税している方	マイナンバー等確認書類 【郵送申請の場合はコピー提出、窓口申請の場合は提示】
<input type="checkbox"/>	⑧ 受給者及び支給認定基準世帯員で、令和8年1月1日時点で神戸市外に住民票があり、マイナンバーを提出しない方	対象者の令和8年度課税(非課税)証明書【原本】 ※発行後3か月以内のもの
<input type="checkbox"/>	⑨ 受給者及び支給認定基準世帯員全員が市民税非課税で、受給者本人が82万6500円以下の非課税収入がある方	令和7年1月～12月の非課税収入(障害年金・遺族年金等)の証明書等【コピー】
<input type="checkbox"/>	⑩ a)生活保護を受給している方 b)境界層該当と認定されている方	a)生活保護適用証明書【原本】 b)境界層該当証明書【原本】 ※発行後3か月以内のもの
<input type="checkbox"/>	⑪ 受給者本人と同じ健康保険加入者で指定難病・小児慢性特定疾病医療受給者証所持者がいる場合	該当者の指定難病・小児慢性特定疾病医療受給者証【コピー】
<input type="checkbox"/>	⑫ 成年後見人による申請の場合	登記事項証明書【原本】

<事務処理使用欄> 以下は記載しないでください

事務 処理 欄	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
	本人確認(1点)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
	本人確認(2点)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真なし) <input type="checkbox"/> その他()

宛名

はじめに更新手続きのご案内【薄緑色】をご確認のうえ、お手続きをお願いします。

◆申請期間【6/1(月)～7/31(金)】
10/30(金)まで申請を受付しますが、新しい受給者証のお

令和 8 年度 神戸市 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(更新)

1 以下の印字内容に変更がある場合は、住所地の区役所保健福祉課(難病の窓口)で変更の手続きと更新申請を行ってください。(郵送申請不可) ※変更がない場合は郵送で申請可能です。

① 現在の加入健康保険と印字内容に変更がないかご確認ください。

加入健康保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
	記号・番号			
	保険者			

② 受給者及び支給認定基準世帯員について、印字されている方に追加や削除(健康保険の加入・脱退、転出、転入、死亡した場合等)がないかご確認ください。

<受給者及び支給認定基準世帯員について>
 ※市町村国民健康保険/後期高齢者医療/業種別国民健康保険組合 → 受給者本人と同じ健康保険加入者全員
 ※それ以外の社会保険 → 受給者本人と被保険者のみ

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	令和8年1月1日時点で住民登録が神戸市外の方は、住所・マイナンバーを記載してください。
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒
			神戸市外住所: 〒