

### 神戸市 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

神戸市長宛

(受付印)

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・支給認定基準世帯員に関する住民票情報及び税情報を確認し、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。

申請種別	<input checked="" type="radio"/> 新規・転入( <input type="radio"/> 県・市 )	受給歴	R3年 2月 ~ R4年 2月 ( <input type="radio"/> 兵庫(県)市 )	他都市からの転入の場合のみ記載			
疾病名(告示番号)	0 9 7 -	潰瘍性大腸炎					
公費負担者番号(※行政記入欄)		受給者番号(記入不要)		承認期間(※行政記入欄)			
5	4	2	8	7	0	1	
8	8	0	1	6	4		
受給者	フリガナ	コウベ ハナコ		生年月日	大正 昭和 平成 令和 50年 1月 1日		
	氏名	神戸 花子					
	住所(住民票所在地)	〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1					
	加入健康保険	フリガナ	コウベ タロウ	受給者との続柄	夫	生活保護受給の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	被保険者氏名	神戸 太郎		被保険者証の記号・番号	000 111111		
	保険者	全国健康保険協会 兵庫支部		保険種別 国保・後期高齢・協会けんぽ・健保組合・共済・国保組合・退職者国保・その他( )			
上記の者を申請者として、本件申請を委任します。							
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	フリガナ( )	受給者が18歳未満、もしくは受給者以外が申請する場合のみ記載					
	氏名	(TEL - - )					
	続柄:	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ(受給者と同じ場合は口にチェックを付してください。)					
受給者証・更新案内送付先	《送付先を受給者の住所以外に指定する場合のみ記入》						
	〒 -	受給者証や更新案内を、住民票の所在地以外への送付を希望する場合のみ記載					
	フリガナ( )	様宛 続柄: (TEL - - )					
	氏名:						
診断書(臨床調査個人票)を記載した指定医療機関	名称	A病院		所在地	神戸市中央区〇-〇-〇 TEL( 078 - 111 - 1111 )		
人工呼吸器等装着者	人工呼吸器等の装着者認定の申請	有・無		添付書類	有・無		
	※上記が有の場合、体外式補助人工心臓の使用	人工呼吸器等の装着者認定が「有」の場合のみ記載		有・無			
高額かつ長期の申請	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限る)が50,000円を超える月が年間6回以上ある者 ※転入者のみ	有・無		転入時のみ記載			
軽症高額の申請	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限る)が33,330円を超える月が年間3回以上ある者 【※ 申告書及び領収書の写しを添付してください】	有・無		添付書類 有・無			
同じ健康保険の他認定者(特定医療費)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 難病	フリガナ	コウベ タロウ		受給者番号	
		小慢	氏名	神戸 太郎		1	2
		難病	フリガナ	左欄が「有」の場合のみ記載		3	4
		小慢	氏名			5	6
					7		

<事務処理使用欄> 以下は記載しないでください

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
身元確認(1点)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他( )
身元確認(2点)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <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"/> その他( )

保健所記載	(境界層) 生保・低I・低II・一般I・一般II・上位	一次審査	二次審査	人	軽
-------	-----------------------------	------	------	---	---

支給認定基準世帯について

※国民健康保険/後期高齢者医療/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  
 ※それ以外の被用者保険 → 受給者本人と被保険者のみ

フリガナ 氏名	続柄 市民税 未申告	生年月日	マイナンバー記載										扶養確認 ※区確認欄		
			住所 (課税対象年度の1月1日の住所をご記入ください。)												
コウベ ハナコ	本人		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	
神戸 花子	<input type="checkbox"/> 未申告	S50年1月1日	(神戸市外の場合記載してください) 住所: 千〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇-〇-〇										<input type="checkbox"/>		
コウベ タロウ															
神戸 太郎	<input type="checkbox"/> 未申告	S50年2月2日	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千 ) と同じ										<input type="checkbox"/>		
															<input type="checkbox"/>
支給認定基準世帯員全員について記載。 支給認定基準世帯員は、「難病のしおり」P10表を参照。															
	<input type="checkbox"/> 未申告														<input type="checkbox"/>
		年 月 日													<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告														<input type="checkbox"/>

支給認定基準世帯の市県民税の申告

自己負担上限額の判定に申告が必要な場合があります。下記①～③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→申告は不要です。  
 ・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  
 ・市内の方に扶養されている ※市外の方に扶養されている場合は、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提出した

<input checked="" type="checkbox"/>	① 全員が申告(または修正申告)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。 申告日 年 月 日	※区確認欄
<input type="checkbox"/>	② 未申告者がいますが、申告する予定です。 → 申告方法は、以下の方法で確認ができます。 申告予定日 年 月 日 インターネットで「神戸市 申告」と入力し検索	収入 80万円超 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	③ 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 署名 りません。	80万円 以下 <input type="checkbox"/>

収入に関する申し立て

(現在お持ちの受給者証の階層区分の表記がⅡ・Ⅲの方は特にご確認ください。)

<input type="checkbox"/>	受給者本人の基準年1月～12月の収入(※)が80万円以下のため、自己負担上限額2,500円(低所得Ⅰ)の認定を希望します。基準年:1月～6月申請の場合は前々年、7～12月申請の場合は前年で →下記の□のいずれか該当する方にチェックしてください。 ※ 合計所得金額、公的年金等の課税収入および非課税収入 * の合計額が80万円を超える場合は、低所得Ⅰに該当しません。	支給認定基準世帯が非課税の場合 のみ該当の有無について確認
<input type="checkbox"/>	80万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が必要です。  * 非課税収入とは、以下の年金等のことです。 □障害(基礎・厚生・共済)年金 □遺族(基礎・厚生・共済)年金 □労災等による傷害補償給付 □特別児童扶養手当 □障害児福祉手当 □特別障害者手当 □経過的福祉手当 等	
<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。	

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(臨床調査個人票)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しますので、主治医に直接ご提出ください。

診断書(臨床調査個人票)の研究利用についての同意

<input type="checkbox"/>	本申請書に添付した診断書(臨床調査個人票)に記載された検査結果等を、治療研究基礎資料として厚生労働省に提供す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(臨床調査個人票)の研究利用について～

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付した診断書をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。また診断書の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。なお、この同意は添付された診断書を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めてそれぞれの研究者から指定医を介して説明がおこなわれ、同意を得ることとされています。