

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。

申請種別	新規・転入(兵庫県・市)	受給歴	R6年 2月～ R7年 2月 (兵庫県・市)
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 8 0 1 6 0 1 4			. . . ~ . . .
受給者	フリガナ	コウベ ハナコ	
	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
		被保険者氏名	神戸 太郎
保険者		全国健康保険協会 兵庫支部	
加入 健康保険	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	区確認欄 <input type="checkbox"/>
申請者	下記の者を申請者として、本件申請を委任します。		
※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( ) 氏名 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 - ) 住所 〒 -		
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( ) 氏名: 様宛 続柄: (TEL - - )		
診断書(臨床調査個人票) を記載した 指定医療機関	名称	所在地	
	A病院	神戸市中央区〇-〇-〇 (TEL 078 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )	
人工呼吸器等 装着者	人工呼吸器等の装着者認定の申請 ※上記が有の場合、体外式補助人工心臓の使用		有・無 <input checked="" type="radio"/> 添付書類 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 ※転入者または小児慢性特定疾病医療からの移行のみ		有・無 <input checked="" type="radio"/> 添付書類 有・無
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 【※ 医療費申告書及び領収書の写しを添付してください】		有・無 <input checked="" type="radio"/> 添付書類 有・無
同じ健康保険の 他認定者 (特定医療費)	有・無 <input checked="" type="radio"/>	難病 <input checked="" type="radio"/> フリガナ コウベ タロウ 小慢 氏名 神戸 太郎 難病 <input checked="" type="radio"/> フリガナ 左欄が「有」の場合のみ記載 小慢 氏名	受給者番号 1 2 3 4 5 6 7 受給者番号
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			
【助成開始日の遡り希望】 <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 希望なし	【左記の年月日が申請日から1カ月以上前となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <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 <input type="checkbox"/> その他( )		
主治医への照会についての同意			
<input checked="" 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 【厚生労働大臣宛】			
<input checked="" type="checkbox"/>	「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、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。		

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
-------	-------------------------------------	------	------	---	---

受給者本人及び支給認定基準世帯員について														
※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	続柄	生年月日	マイナンバー記載 住所 (課税対象年度の1月1日の住所をご記入ください。)							扶養確認 ※区確認欄				
氏 名	市民税 未申告		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
コウベ ハナコ	本人	S50年 1月 1日												<input type="checkbox"/>
神戸 花子	<input type="checkbox"/> 未申告		(神戸市外の場合記載してください) 住所: 〒0000-0000 兵庫県〇〇市□-□-□											
コウベ タロウ		S50年 2月 1日												<input type="checkbox"/>
神戸 太郎	<input type="checkbox"/> 未申告		<input checked="" type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒 ) と同じ											
		年 月 日												<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒 ) と同じ											
		年 月 日												<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒 ) と同じ											
		年 月 日												<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒 ) と同じ											
		年 月 日												<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒 ) と同じ											

受給者本人及び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。【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提出した。

<input checked="" 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。 署名

収入に関する申し立て(市民税非課税世帯の方のみ)

受給者本人及び支給認定基準世帯員全員の市民税が非課税で、かつ受給者本人の年収(※)が80万9千円以下の場合は、  
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(＊)

支給認定基準世帯員全員が非課税の場合のみ記載

<input checked="" type="checkbox"/>	80万9千円以下の非課税収入あり 非課税収入＊年額( 780,000 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 checked="" 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> ☐80万9千円以下   ☐80万9千円超 【 障年   ・   遺年   ・   その他(   ) 】

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
	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"/> 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"/> その他(   )