

神戸市 特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

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、及び保険者に対して情報提供をされ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。

(受付印)

申請種別	新規・転入(県・市)	受給歴	年 月 ~ 年 月 (県・市)						
疾病名 (告示番号)									
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	6		
				8	0	1	4		
受給者	フリガナ						生年月日	大正昭和 平成令和	
	氏名						年 月 日		
	住所 (住民票所在地)	〒 神戸市 区							
	※日中連絡がつく電話番号を必ずご記入ください (TEL - -)								
加入 健康保険	フリガナ						受給者との 続柄	生活保護 受給の 有無	有・無
	被保険者氏名								
	保険者						記号	番号	枝番
	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 ※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	下記の者を申請者として、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								
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》 〒 - 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						
						(TEL - -)			
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	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(保険適応分に限り)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	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(保険適応分に限り)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	添付 書類	有・無	
同じ健康保険の 他認定者 (特定医療費)	有	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					
	無	小慢	氏名						
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 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 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 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。									
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 氏名	続柄 市民税 未申告	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
	本人 <input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	(神戸市外の場合記載してください) 住所:〒	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所:〒) と同じ	<input type="checkbox"/>

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。

- 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場合に当てはまります。
- 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
- 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
- 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(令和8年7月申請以降は82万6500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(*)

- 80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)以下の非課税収入あり → 収入額わかる書類の写しの提出が必要です。
非課税収入 * 年額(円)
- * 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。
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

- 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80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)以下 □非課税(80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)超【障年・遺年・その他()】)

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(顔写真無し) <input type="checkbox"/> その他()

更新同時申請用(6月申請) 令和 8 年度 (令和7年分の所得)にかかる課税状況について

※市県民税(非)課税証明書の提出が必要な方は、令和7年度分と令和8年度分が必要となります。

【様式第1号】(裏面)

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 氏名	続柄 市民税 未申告	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
	本人	年 月 日		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	(神戸市外の場合記載してください) 住所: 千	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 千) と同じ	<input type="checkbox"/>

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。

- 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。
- 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
- 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
- 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82万6500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(*)

- 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。
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
- 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()】)

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(顔写真無し) <input type="checkbox"/> その他()