

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・市外転入）

※ 該当する新規、市外転入のいずれかに○をしてください。

(宛先) 京都市長										年 月 日																			
申請者の住所 〒 京都市 区 (電話) —										申請者の氏名 ※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 続柄 ()																			
受診者が18歳未満の場合の、申請者となる保護者の個人番号（マイナンバー）																													
現在の受給者番号 (新規の方は記入不要)										受給者証有効期限 (新規の方は記入不要)										年 月 日									
受診者	住所		☐ 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。） 〒 — 電話 —																										
	(旧住所)		都・道・府・県 市区・町・村 (記入が必要な場合) ※ 市外転入者、1月～5月申請で前年1月1日の住所地が現住所と異なる、6月～12月申請で同年1月1日の住所地が現住所と異なる																										
	フリガナ																												
	氏 名		☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)															年齢		歳		生年月日		年 月 日					
	加入医療保険		☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおりです。（医療保険の資格情報が確認できる資料を添付）																										
			被保険者氏名					☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください)					受診者との続柄																
			保 険 種 別					市町村国保・後期高齢・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済組合・その他																					
記号・番号		記号												保険者名称															
		番号																											
送付先	↓ 申請者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。																												
	住 所		〒 — (固定電話) — (携帯電話) —																										
	フリガナ																												
	氏 名		受診者との関係																										
特例該当 (該当する箇所に ☑してください)	☐ 軽症高額特例 ※		※ 疾患ごとに定められた認定基準のうち、重症度不足の場合でも、指定難病に関する医療費総額が、申請月から起算して過去12箇月間に、33,330円を超える月が3箇月以上ある場合は公費助成の対象となる。 ただし、発症日と診断された日以降の医療費が対象である。																										
	☐ 生活保護該当者																												
	☐ 人工呼吸器 又は 体外式補助人工心臓装着者																												
	☐ 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者で、特定医療費での「高額かつ長期」認定を希望※		※ 新規申請時に同時に申請を行えるのは、特定医療費の新規申請月から起算して過去12箇月間に、小児慢性特定疾病の医療費助成の月ごとの医療費総額(10割)で5万円を超える月が6箇月以上ある場合																										
	☐ 受診者と同一世帯内（同じ医療保険等の加入者）に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいる場合		☐ 指定難病		☐ 小児慢性		氏名								受給者番号														
		☐ 指定難病		☐ 小児慢性		氏名								受給者番号															

《事務処理使用欄》

※有効期間										※階層区分										※適用区分												
年 月 日 ～ 年 月 日										生・低Ⅰ・低Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ・上																						
摘要	転入元自治体での継続申請状況【 申請済み ・ 未申請 】															未添付書類		保険資格確認資料 上限額管理票 ()														

受 付 印

【裏面にも記入をお願いします】

裏面

《記入事項 続き》

特定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 ※ (市外転入の方は記入不要)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 ()
※ 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。 そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定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を記載		

□ 支給認定基準世帯員情報

受診者と同一の医療保険に加入する方（市町村国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合は世帯の同一保険の方全員を、それ以外の保険（被用者保険）に加入の方は受診者本人と被保険者のみ）を記入してください。生活保護受給の方は、受診者本人（及び受診者が18歳未満の場合は保護者）を記入してください。個人番号（マイナンバー）も記入してください。

(宛先) 京都市長				
1 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により申請をします。				
2 受給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。				
3 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。				
4 （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の受給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。				
	続柄	基準世帯員氏名	生年月日	住所（受診者と異なる場合のみ記入） 個人番号(マイナンバー)
1	受診者本人	フリガナ	年 月 日	
2		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
3		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
4		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
5		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
6		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
7		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ

【市民税非課税世帯の方のみ】 収入に関する申立欄	①～③のうち、該当する項目に☑をしてください。 ※対象となる収入は、基準年1月～12月の間の収入（合計所得金額、課税年金収入及び非課税収入の合計）です。 なお、基準年とは、1月～5月の申請の場合は前々年。6月～12月の申請の場合は前年です。 ※対象となる収入が、80万円超の方の自己負担上限額は5,000円、80万円以下の方の自己負担上限額は2,500円となります。
	☐ ① 障害基礎年金等の非課税収入※があります。 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付します。 ※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことです（以下②③も同様）。 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金 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
	☐ ② 障害基礎年金等の非課税収入※がありますが、 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付しません。 自己負担上限月額が「5,000円」となることに同意します。
	☐ ③ 障害基礎年金等の非課税収入※はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）

□ 主に受診を希望する指定医療機関

主に受診を希望する指定医療機関を御記入ください。
なお、特定医療費（指定難病）受給者証に医療機関名は記載されませんが、全国の指定医療機関※で使用可能です。
※病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等

医療機関等の名称	所在地
☐ 病院、診療所	電話 —