

申請区分に、○をしてください。

第1号様式

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。

1	(宛先) 京都市長		○年×月△日			
	申請者の住所 〒 604-8571 京都市 中京区 寺町通御池上る上本能寺前町488 (電話) 075 - 222-0000		申請者の氏名 京都 太郎 ※ 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 (本人)			
2	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)					
3	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			
4	住所	〒 -		電話	075 - 000-0000	
	(旧住所)	(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	キョウト タロウ				
	氏名	☑申請者と同じ (申請者と同じ場合は口にチェックしてください。)		年齢	△△歳 生年月日 昭和 △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口にチェックしてください)		受診者との続柄	本人	
	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	12345	番号	12345×××	
5	↓ 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	〒 -		医療保険の資格情報が確認できる資料を添付しない場合は、加入医療保険欄を全て記入してください。		
	フリガナ					
6	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)	<input type="checkbox"/> 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。			
		<input type="checkbox"/> 生活保護該当者				
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 又は				
<input type="checkbox"/> 受診者で、特定医療費での「高額かつ長期」認定を希望※	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(1.0割)で5万円を超える月が6箇月以上ある場合					
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	氏名	京都 花子	受給者番号 123456	
	<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	氏名		受給者番号	

申請者欄と同じ内容の項目は、☑をすることで、記入を省略できます。

医療保険の資格情報が確認できる資料を添付しない場合は、加入医療保険欄を全て記入してください。

特例に該当する方のみ☑をしてください。

- 申請書類を作成した年月日、申請者の住所、電話番号、氏名、続柄を記入してください。申請者は、原則受診者となりますが、保護者(受診者が18歳未満の場合)、成年後見人等の法定代理人、受診者から申請の委任を受けた方も可能です。
- 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)を記載してください。
- 市外転入の方のみ記入が必要です。前住所地で交付されていた受給者証の受給者番号と有効期限を記入してください。
- 受診者の項目(住所、電話番号、氏名(フリガナ)、年齢、生年月日、加入医療保険)を記入してください。
- 申請者の住所地以外に結果等の送付を希望される場合のみ、記入してください。
- 特例制度の項目に該当する方のみ☑してください。受診者と同一医療保険世帯内に特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受給している項目に該当する場合は、その受給者の氏名及び受給者番号を記入してください。

裏面	＜記入事項 続き＞	
7 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】 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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の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 キョウト タロウ 京都 太郎	昭和△年×月○日	1 2 3 4 5 6 7 X X X X X
2 妻	フリガナ キョウト ハナコ 京都 花子	昭和△年○月□日	5 6 7 8 9 0 X X X X X <small>☑受診者と同じ</small>
3 長男	フリガナ キョウト イチロウ 京都 一郎	平成○年××月△日	9 8 7 6 5 4 3 X X X X X <small>☑受診者と同じ</small>
4	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ
5	フリガナ	住所欄は、受診者と同じ場合は、☑をすることで、記入を省略できます。	マイナンバーを記入いただく場合は、窓口で確認書類を提示してください。
6	フリガナ	年 月 日	
7	フリガナ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ

9 (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。）

10 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
京都A <input type="checkbox"/> 病院, 診療所	京都市中京区○○町1-2 電話 075-222-○○○○

- 7 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入してください。記入した年月日が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合は、その理由を☑してください。
- 8 受診者と、受診者と同一の医療保険に加入している方全員の続柄、氏名、生年月日、住所、個人番号（マイナンバー）を記入してください。
- 9 市民税非課税世帯（所得割額、均等割額ともに0円）の場合は、①～③のいずれか該当する項目に☑が必要です。①にチェックをされた方は、障害年金等の非課税収入の金額が分かる書類の写しの添付が必要です。
 ※1 年収とは、基準年1月～12月の間における、「ア.地方税法上の合計所得金額」、「イ.所得税法上の公的年金等収入額」、「ウ.障害基礎年金等の非課税収入額」の合計です。
 アは、事業所得、給与所得、年金所得等の合計（各収入金額から必要経費等を引いた額）です。
 イの収入がある場合、アの金額は、公的年金等控除額を80万円として算定した額となります。
 ※2 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。
 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、経過福祉手当
- 10 指定難病の治療等に関して、かかりつけとなる医療機関の名称と所在地、電話番号を記入してください。