第４号様式－２（第３条関係）　　（表）　　999

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（ 更新 ）	受給者番号	軽	高	人	按
		○			

受診者	フリガナ	ハママツ　タロウ		年齢	生年月日
	氏　名	浜松　太郎			昭和○年○月○日
	住　所	○○○-○○○○ 浜松市○○区○○町○○○番地の○○		電話番号 自宅　－　－ 携帯　－　－	
	個人番号				
	加入医療保険	保険者名(称)	浜松市　○○区（国民健康保険）	保険種別※	※変更は右欄に○⇒ 国保(組合)・後期・協会・組合・共済・その他(　　)
		記号・番号	987654321	国保	
		被保険者氏名	浜松　太郎	受診者との続柄	本人
申請者	フリガナ			受診者との続柄	
	氏　名				
	住　所	〒　－		電話番号 自宅　－　－ 携帯　－　－	
	個人番号				
疾病名		○○○○病			
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）		□　軽症高額該当	□　高額かつ長期（高額難病治療継続者）	□　人工呼吸器等装着	

受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）	No.	医療機関名（支店名等も記入）	所在地
	1	○○○総合病院	浜松市○区○○町○-○○
	2	○○○病院	浜松市○区○○町○-○○
	3	○○○内科クリニック	浜松市○区○○町○-○○
	4	△△△薬局	浜松市△区△△町△-△△
	5	△△△薬局△△店	浜松市△区△△町△-△△
	6	□□□訪問看護ステーション	浜松市□区□□町□-□□
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		

＜同意について（情報確認）＞
　この申請の審査に必要な場合は、浜松市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報（国保組合を除く）、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障害者手当情報、障害児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

(あて先)浜松市長
　上記及び裏面のとおり、特定医療費の支給を申請します。
令和　　年　　月　　日

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、「研究利用に関する御説明」を御確認いただき、以下に記名をお願いします。

(あて先)厚生労働大臣
　私は、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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。
令和　　年　　月　　日
申請者氏名

＜浜松市記入欄＞

%NW7%1208352063

※裏面も御記入ください

浜松市サンプル

浜健健第○○○号
令和７年○月○日

○○○-○○○○
浜松市○○区○○町○○番地の○○

浜松　太郎　様
1234567　999

浜松市長　中野　祐介
（公　印　省　略）

特定医療費（指定難病）受給者証の更新申請について

　現在お持ちの受給者証の有効期間が、今年の９月３０日までとなっております。更新申請を行わないと、１０月１日以降に医療費助成を受けることができません。１０月１日以降も引き続き受給を希望される場合には、別紙のとおり更新申請の手続きを行っていただきますよう、よろしくお願いします。

受診者氏名　　浜松　太郎　様

【担当】
浜松市　健康増進課　難病支援グループ
〒432-8550　浜松市中央区鴨江二丁目１１－２
TEL　053-453-6116
FAX　053-453-6133

用紙を切り取り線部分で切り離し、
「特定医療費(指定難病)支給認定
申請書(更新)」を御提出ください。

（裏）

＜同意について＞（事業活用）
本申請書及び添付資料等の内容について、浜松市の実施する次の難病対策事業に活用されることに同意します。
・難病をお持ちの方やその御家族に対する現状の施策向上や新規事業を検討するための資料とすること。
・浜松市が行う訪問相談や医療相談の御案内に利用すること。
・自然災害発生に備えて、支援が必要な方を事前に把握し、発災後の円滑な支援を行うための資料とすること。

1　受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。
また、指定難病・小児慢性特定疾病の受診者（申請中の者を含む）であって、他自治体発行の受給者証等をお持ちの場合はその写しを添付してください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格（該当するものに○）	当年１月１日現在の住所所在地 □ 世帯員全員が浜松市の場合に☑（以下記載省略可）	個人番号
患者	浜松　太郎	本人	指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県 市・区 町・村	

2　受診者の生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	有　・　無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有　・　無　※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3　未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

申請者氏名

4　受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者の全て）の収入金額について記入し、収入が80万9千円以下の場合は、振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

氏名			氏名		
収入の区分	種類（該当するものに○）	収入金額	収入の区分	種類（該当するものに○）	収入金額
1　年　金	障害　・　遺族　・　寡婦	円	1　年　金	障害　・　遺族　・　寡婦	円
2　手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円	2　手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円
3　その他	障害一時金　・　障害給付金　・　障害補償	円	3　その他	障害一時金　・　障害給付金　・　障害補償	円

※　記入する収入金額は、前年（１月から１２月まで）の収入金額としてください。
※　収入金額がない場合は、０円と記入してください。

※書類別送先　（希望者のみ記入）

フリガナ		受診者との続柄
氏名		
住所	〒　□受診者と同じ（記載省略可）	
電話番号	自宅　－　－	携帯　－　－

※申請内容問合せ先　（受診者・保護者以外の場合記入）

フリガナ		受診者との続柄
氏名		
住所	〒　－　□受診者と同じ（記載省略可）	
電話番号	自宅　－　－	携帯　－　－