

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	
					1	2	3	4	5	6	7	○	○						
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										○ 歳		昭和○年○月○日					
	住所	〇〇〇-〇〇〇〇 浜松市〇区〇〇町〇〇〇番地の〇〇										電話番号							
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										自宅 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
加入医療保険	保険者名(称)	浜松市 〇〇健康保険組合										保険種別※		※変更の場合、国保(組合)・後期・協会(組合)・共済に○⇒その他()					
	記号・番号	987654321111・222										一国保							
	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	ハママツ タロウ										受診者との続柄							
	氏名	浜松 太郎										本人							
	住所	☒ 受診者と同じ(記載省略可)										電話番号							
	個人番号											自宅 - - 携帯 - -							
疾病名		〇〇〇〇病																	
自己負担上限額の整例(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	〇〇〇内科クリニック										浜松市〇区〇〇町〇-〇〇							
	2	〇〇〇〇〇〇医院 (削除)										浜松市〇区〇〇町〇-〇〇 (削除)							
	3	△△△薬局 △△店										浜松市△区△△町△-△△							
	4	△△△薬局 (削除)										浜松市△区△△町△-△△ (削除)							
	5	□□□訪問看護ステーション										浜松市□区□□町□-□□							
	6	×××薬局××店 (追加)										浜松市×区××町×-×× (追加)							
	7																		
	8																		
	9																		
	10	記載していない医療機関であっても「各都道府県または政令指定都市の指定する医療機関」であれば、医療費助成を受けることができます。																	
	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、市民档案に関する調剤情報、児童扶養手当情報、特別障害者手当情報、障																			
(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 令和 7 年 ○ 月 ○ 日																			

受診者(患者本人)が18歳以上の場合、
3か所とも受診者氏名(患者本人)を記入
(※一部の場合除く)

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 7 年 ○ 月 ○ 日
申請者氏名 浜松 太郎

＜浜松市記入欄＞



※裏面も御記入ください

申請書記載例（表）

1 個人番号（マイナンバー）を記入

2 **加入医療保険が変わった場合**は該当保険種別に○で囲み、変更箇所には取消線を引いた後、変更内容を枠内の空いている箇所に記入
※既に変更のお手続きが済んでいる場合でも、申請時期によってはその内容が反映されていない場合があります。

3 ①受診者（患者本人）が18歳以上の場合
・受診者氏名（患者本人）を記入

②受診者（患者本人）が18歳未満の場合
・保護者氏名を記入し、住所、電話番号は受診者と異なる場合に記入
・保護者の個人番号を記入

4 自己負担上限月額の特例に該当がある場合、該当箇所に☒チェック
*「別紙2」参照

①現在利用している医療機関及び薬局を記載
②今後利用する可能性のある医療機関及び薬局を記載

【記載方法】

- (1) 医療機関を**追加**する場合
・医療機関の名称と所在地を追記し、「追加」と記入
- (2) 医療機関を**削除**する場合
・取消線を引き、「削除」と記入

※注意事項

- ・記載された医療機関は、新しい受給者証に記載されます。可能な限り記載をお願いします。
- ・各都道府県または政令指定都市が指定する指定医療機関ではない医療機関については、医療費助成を受けることができません。
受給者証にも記載できません。

6 「別紙1」をお読みいただき、臨床調査個人票の研究等への利用について同意いただける場合、記名をお願いします。

- ①受診者（患者本人）が18歳以上の場合
・受診者氏名（患者本人）を記入
②受診者（患者本人）が18歳未満の場合
・保護者氏名を記入

<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		個人番号
				☒ 世帯員全員が浜松市の場合に	☒ （以下記載省略可）	
患者	浜松 太郎	本人	指定難病 小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
1	浜松 花子	妻	なし 指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
2	浜松 一郎	子	なし 指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
3	浜松 二郎	子	なし 指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	町・村	
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道	市・区	
				府・県	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	浜松 太郎		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	0 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	0 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	0 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	ハママツ ジュウロウ	受診者との続柄
氏名	浜松 十郎	父
住所	〒0000-0000 □受診者と同じ（記載省略可） 静岡県〇〇市〇〇町〇-〇〇	
電話番号	自宅 0000-0000-0000	携帯 0000-0000 0000

※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	ハママツ ハナコ	受診者との続柄
氏名	浜松 花子	妻
住所	〒 □受診者と同じ（記載省略可）	
電話番号	自宅 0000-0000-0000	携帯 0000-0000 0000

申請書記載例（裏）

7

①世帯員氏名、受診者との続柄

- ・ **同じ医療保険**の世帯員氏名、続柄を記入



保険種別	同じ医療保険の世帯員に該当する方
国保、国保組合	医療保険の記号番号が同じ方 全員
後期高齢	同じ住民票で後期高齢に加入されている方 全員
協会、組合、共済 他	被保険者が同じ医療保険の方 全員

②受給資格

- ・ 指定難病または小児慢性の受給者の場合は、該当箇所に○を記入
- ・ 該当がなければ「なし」に○を記入

③当年1月1日現在の住所所在地

- ・ **「令和7年1月1日現在」**の住所所在地を記入
- ・ 受診者を含めた世帯員全員の住所が〈浜松市〉の場合は ☒（記載省略可）

④個人番号（マイナンバー）

- ・ 同じ医療保険に加入する方全員分の個人番号を記入
（平成21年4月2日以降に生まれた方については省略可）

8

- ・ 受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者全て）の年金や手当金などの収入金額について記入
- ・ 記入する金額は令和6年（2024年）（1月～12月）の収入金額を記入し、収入が**80万9千円以下**の場合は**収入状況が分かる書類**（年金額改定通知書や通帳のコピー）など提出

- ・ 80万9千円を超えている場合は「80万9千円超」の記載も可

※収入金額がない場合は、必ず全ての収入金額欄に「0円」と記入

9

- ・ 受診者本人（保護者）以外への書類の送付を希望する場合に記入（継続含む）
- ・ 受診者の住所と別送先や問合せ先の住所が同じ場合は ☒（記載省略可）
- ・ 「左記と同じ」などの記載も可