**申請受付場所及び問い合わせ先**

　申請先は、患者のお住まいの市町村を管轄する県保健福祉事務所または中核市保健所（以下「保健所等」という。）となります。県外に避難されている方は、住民票のある市町村を管轄する保健所等へ問い合わせください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 郡山市保健所 | 郡山市 | 〒963-8024  郡山市朝日2丁目15-1  電話024-924-2163 |
| いわき市保健所 | いわき市 | 〒970-8408  いわき市内郷高坂町四方木田191  電話0246-27-8594 |
| 県北保健福祉事務所 | 福島市、二本松市、  伊達市、本宮市、  伊達郡、安達郡 | 〒960-8012  福島市御山町8番30号  電話024-534-4161 |
| 県中保健福祉事務所 | 須賀川市、田村市、  岩瀬郡、田村郡、  石川郡 | 〒962-0834  須賀川市旭町153番地1  電話0248-75-7814 |
| 県南保健福祉事務所 | 白河市、西白河郡、  東白川郡 | 〒961-0074  白河市郭内127番地  電話0248-22-5443 |
| 会津保健福祉事務所 | 会津若松市、喜多方市、耶麻郡、河沼郡、  大沼郡 | 〒965-0873  会津若松市追手町7番40号  電話0242-29-5508 |
| 南会津保健福祉事務所 | 南会津郡 | 〒967-0004  南会津郡南会津町田島字天道沢甲2542番地の2  電話0241-63-0306 |
| 相双保健福祉事務所 | 相馬市、南相馬市、  相馬郡、双葉郡 | 〒975-0031  南相馬市原町区錦町一丁目30番地  電話0244-26-1138 |
| 相双保健福祉事務所  いわき出張所 | いわき市へ避難している相双地域等の方 | 〒970-8026  いわき市平字梅本15番地  電話0246-24-6118 | |
| 県庁健康増進課 |  | 〒960-8670  福島市杉妻町2番16号  電話024-521-7237 | |

**２　新規申請に必要な書類**

　提出書類（全員共通）について　　①～⑦

**①　特定医療費支給認定申請書**

**②　臨床調査個人票**…難病指定医による記載が必要

**③　世帯全員の住民票の写し…続柄**が記載されているもの（発行から３ヶ月以内のもの）

**④**　**同意書**

**⑤　医療保険証のコピー**

**⑥　平成２６年度市町村民税所得額課税額証明書**(所得額・課税額がわかるもの)

**（※ 源泉徴収票や納税証明書は今回から使えません！）**

**⑤⑥**は患者様の加入している公的医療保険（保険証）の種別によって、提出書類の対象者が異なります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類  保険種別 | | 提出書類の対象者 | |
| **⑤　医療保険証のコピー** | **⑥ 市町村民税所得額課税額**  **証明書** |
| 国民健康保険（市町村国保、退職国保、各種国民健康保険組合 等） | | 同じ国保に加入している方**全員分** | 同じ国保に加入している方**全員分**（中学生以下は不要） |
| 後期高齢者医療制度 | | 同じ住民票上で、後期高齢に加入している方**全員分** | 同じ住民票上で、後期高齢に加入している方**全員分** |
| 被用者保険  ・全国健康保険協会  ・健康保険組合  ・共済組合　等 | 患者様が  被保険者本人 | 患者様本人分のみ | 患者様本人分のみ |
| 患者様が家族  （被扶養者） | 被保険者及び患者様分 | 被保険者分　※１ |

【注意】

* 市町村民税が非課税世帯である場合、申請者（患者又は保護者）の収入の合計金額を証　　明する書類（遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料）を提出してください。
* 生活保護を受給している方は、生活保護受給者証のコピーが必要となります。

　※１　①患者が１８歳未満で（保護者が申請）、被保険者が市町村民税非課税である場合

は、**両親の市町村民税所得額課税額証明書が必要となる場合があります。**

②被保険者が市町村民税非課税である場合、**患者の市町村民税所得額課税額証明書**

**が必要となります。（１５才未満は不要）**

　下記に該当する方のみ必要な書類について　（　⑦　～　⑨　）

**【要介護、要支援認定を受けている方のみ】**

**⑦**　**介護保険被保険者証のコピー**

　　・要介護、要支援認定を受けている方のみ、介護保険被保険者証のコピー（患者様本人分のみ）を提出してください。

**【同一世帯内に他に対象者がいる方のみ】**

**⑧**　**同一世帯内に、他の特定疾患医療費もしくは小児慢性特定疾患医療費の受給者がいることを証明する書類**

　　・世帯内に他に特定疾患医療費もしくは小児慢性特定疾患医療費の受給者がいる場合、その方の「特定疾患医療受給者証」もしくは「小児慢性特定疾患受給者証（給付決定通知書）」のコピーを提出してください。