

特定医療費(指定難病)支給認定/登録者証(指定難病)申請書 (新規・更新・転入)

フリガナ	タテヤマ タロウ	マイナンバー提供済の方は【済】、未提供の方は【未】と記載されています。			
氏名	立山 太郎				
生年月日	昭和〇年〇月〇日	年齢	〇歳	マイナンバー提供	済

★申請書様式(両面)には、前回申請時のデータが印字されています。

変更や追加等があれば、その箇所にも二重線を引いて、正しい記載事項を記入してください。

※変更手続き中の場合は、反映されていないことがあります。

要 支 援 者	加入医療保険	フリガナ	タテヤマ タロウ	受給者	本人
		被保険者氏名	立山 太郎		
		保険種別	協会・組合・船員・共済		
		保険者名(称)	〇〇健康保険組合		
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地		
		受診者の記号・番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇	保険者番号	
自己負担上限額(窓口記入欄)	階層区分	生活保護	この枠内は記入不要です。	一般所得Ⅱ	上位所得
	按分	あり			円

病名(難病)	006 パーキンソン病	病名が複数ある場合は、すべてご記入ください。
--------	-------------	------------------------

受診 指 定 希 望 す る 機 関 等	名称	① 〇〇病院	② 〇〇薬局	③
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地		
	名称	④		
	所在地			
	名称	特例等を申請する場合は☑してください。		

利用している(利用予定を含む)全ての指定医療機関(病院、薬局、訪問看護事業所等)を記入ください。
※前回の申請時に記入があった医療機関のうち、本県で指定している県内の指定医療機関については、既に印字されています。
※受給者証には医療機関名の印字がされませんが、利用する指定医療機関を把握させていただくため記載ください。

自己負担上限額の特例等(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	軽症者特例
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期

同じ医療保険に加入している世帯員で他の支給認定を受けた指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童(申請中の者も含む)	氏名		登録者証を申請する場合は、申請するに○を付けてください(既に発行済みの場合は「発行済」と印字されています) ※登録者証の詳細については県ホームページをご覧ください⇒
	氏名		

登録者証申請	<input checked="" type="radio"/> 申請する	<input type="radio"/> 申請しない	発行済(発行自治体名:)
--------	---------------------------------------	-----------------------------	--------------

書類送付先(連絡先) ・受診者以外に送付を希望する場合にご記入ください。 ・受診者が18歳未満の場合は必ず申請者(保護者)をご記入ください。	氏名	立山 太郎	この書類送付先に、認定となった場合は受給者証をお送りします。変更がある場合は修正ください。
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇...	

私は、上記のとおり、(☑特定医療費の支給 ☑登録者証)を申請します。
〇年 〇月 〇日 申請者氏名 立山 太郎
富山県知事 殿 ※受診者が18歳未満の場合は保護者

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、別添「研究等への利用についてのご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。
私は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の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」
10ページのご説明をお読みいただき、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方は、記入日と氏名を記入してください。
〇年 〇月 〇日 受診者/要支援者
代理人氏名* 立山 太郎
厚生労働大臣 殿 *患者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者(要支援者)に代わって代理人が同意する場合に記入

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 ※ (更新申請の場合は記入不要)	年 月	この枠内は記入不要です。	時間を要したため提出に時間を要したため
--	-----	--------------	---------------------

※ 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。
※ 登録者証のみ申請する場合は、太枠内のみ記入。裏面も必ずご確認ください

〒 000-0000

〇〇〇〇

・支給認定基準世帯員は、受給者本人が加入している医療保険の種別によって異なります。
 ・以下の表を確認いただき、対象となる世帯員の追加や訂正をお願いします。

受給者が加入している医療保険	記入する世帯員
◎国民健康保険（国保）	「住民票上の同一世帯」で「同じ国保に加入している」方
◎後期高齢者医療制度	「住民票上の同一世帯」で「同じ後期高齢者の保険に加入している」方
◎国民健康保険組合（国保組合）	「住民票上の同一世帯」で「同じ記号・番号の国保組合に加入している」方
◎被用者保険（社会保険）	保険の「被保険者」の方（申請者自身が被保険者のときは何も記載しない）

支給認定基準世帯員（受診者本人を除く）※							
フリガナ	タテヤマ ハナコ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	受診者との続柄	妻	マイナンバー提供	済
氏名	立山 花子						
フリガナ	タテヤマ トミコ	生年月日	平成〇年〇月〇〇日	受診者との続柄	子	マイナンバー提供	未
氏名	立山 富子						
フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日	受診者との続柄		マイナンバー提供	
氏名							
フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日	受診者との続柄		マイナンバー提供	
氏名							

フリガナや生年月日が未記入の場合は記入ください。

マイナンバー提供済の方は【済】、未提供の方は【未】と記載されています。

※支給認定基準世帯員は、受診者の医療保険の種別によって異なります。

「国民健康保険」「後期高齢者医療制度」→ 同一世帯で同じ保険に加入している方『全員』

「被用者保険」(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等) → 『被保険者』のみ

【以下の①、②に該当する場合は記入してください】

①受診者及び支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税の場合

②受診者及び支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税かどうか不明な場合

受診者本人の収入について、ア～オの該当するものに☑してください。

ア～エの該当がある場合には、受給額がわかる書類(※1)のコピーを申請書に添付してください。

※1…給付決定通知書、入金記録のある預金通帳など

<input type="checkbox"/>	ア 障害年金	※2…寡婦年金、特別障害給付金、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当、障害手当金、労災等による障害補償等
<input type="checkbox"/>	イ 遺族年金	
<input type="checkbox"/>	ウ 特別児童扶養手当	
<input type="checkbox"/>	エ その他()※2	
<input type="checkbox"/>	オ 上記ア～エの収入はありません	

↑必ず☑してください

<窓口記入欄>

・①または②に該当する場合は、ア～オのいずれかに☑のうえ、ア～エに☑した方は、必ず受給額がわかる書類のコピーを添付してください。