

特定医療費(指定難病)支給認定申請書 (新規・更新・転入)										記入例		
受 診 者	フリガナ	タテヤマ タロウ			受給者番号 (更新の場合記入)							
	氏名	立山 太郎			TEL (左詰め)	○	○	○	○	○	○	
	生年月日	大	昭	平	令	○	年	○	月	○	日	
	住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○			年齢	○ 歳		マイナンバー 提供				
	今年1月1日現在の住所 ※現住所と異なる場合は記載		都・道・府・県			市・区・町・村						
	加 入 医 療 保 険	フリガナ	タテヤマ タロウ			受診者 との続柄		本人				
		被保険者氏名	立山 太郎									
		保険種別	協会・組合・船員・共済・国保(組合 一般 退職)			後期						
		保険者名(称)	〇〇市									
		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 (枝番がある場合、枝番まで記入)			保険者番号	○	○	○	○	○	○	
自己負担 上限額 (窓口記入 欄)	階層区分	・太枠の部分の記入は不要です。			I	一般所得II	上位所得					
	按分				限度額	円						
病名(難病)	(主)006 パーキンソン病			・複数ある場合は、すべてご記入ください。								
受 診 を 希 望 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			〇〇市〇〇町〇〇番地							
	名称	④				・受診されている(受診予定含む)全ての指定医療機関 (病院、薬局、訪問看護事業所等)を記入してください。						
	所在地				※院内処方の場合は、「院内処方」と記入してください。							
	名称	⑦										
	所在地											
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			難病・小慢	受給者 番号						
		氏名			難病・小慢	受給者 番号						
書類送付先(連絡先)		氏名				受診者との続柄						
・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。		住所				*日中連絡可能な連絡先 TEL () - () - ()						
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請 ○年 ○月 ○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		(送付先が受給者本人の場合は、記入不要)										

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「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

○年 ○月 ○日 受診者氏名 立山 太郎

申請者氏名*

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、受診者に代わって申請者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 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。

裏面も必ずご確認ください

支給認定基準世帯員（受診者本人を除く）※							
氏名	立山 富子	生年月日	大(昭)平 ○年 ○月 ○日	受診者との続柄	妻	マイナンバー提供	
氏名	立山 花子	生年月日	大・昭(平) ○年 ○月 ○日	受診者との続柄	子	マイナンバー提供	
氏名		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		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		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	

※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。（どの保険の場合も15歳未満は記載不要です）
 「国民健康保険」・「国民健康保険組合」・「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（	
<input type="checkbox"/>	オ 上記ア～エの収入はありません	

必ず書類のコピーを添付してください。

↑必ず☑してください

必ず該当の項目に☑してください。

<窓口記入欄>