

県指定

特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書【新規 変更 再発行】

□ □ □ □ □

香川県知事 殿 年 月 日 【県使用欄】

新規受付票 渡・送

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個人情報保護のもと、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について、同意し、特定医療費の支給を申請します。

(申請者氏名) _____

受診者本人
受診者が18歳未満の場合は保護者

持参(本人・家族) 郵送

必ず記入してください。

受診者	疾病名										
	受給者番号	□□□□□□□□	生年月日	□大 □昭	□平 □令	□□	年	□□	月	□□	日
	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒□□□□ - □□□□□□									

保健師による相談の希望がある場合に☑を付ける 希望あり

電話番号1 - -
電話番号2 - -

受診者・保護者の年金・手当受給状況

障害年金 遺族年金 特別児童扶養手当 障害手当 福祉手当 障害補償(労災)

上記、受給なし
 上記、年間80万円を超える受給あり(受給しているものに☑を付ける)
 上記、年間80万円以内受給あり(受給しているものに☑を付ける) ※振込通知書等確認書類が必要です

特例 該当する場合☑を付ける

※県が申請書を受理後、受給者証がお手元に届くまで、郵便事情にもよりますが、概ね2週間程度かかります。

有効期間開始日の前日(診断年月日等を基に有効期間開始日を決定します。ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。)

理由がない(有効期間開始日は受付日から1か月前までの日付となります。)
 臨床調査個人票の受領に時間を要したため
 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
 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
 その他 { _____ }

医療保険 (必ず記入してください。)

保険者名称 _____

被保険者氏名 _____

保険記号・番号・枝番 記号 _____ 番号 _____ 枝番 _____

氏名	受診者との続柄	香川県指定難病受給の有無(受給者番号)	市町村民税額	自己負担上限額
受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所 () 円	<input type="checkbox"/> B1 2,500円 <input type="checkbox"/> B2 5,000円 <input type="checkbox"/> C1 10,000円 <input type="checkbox"/> C2 20,000円 <input type="checkbox"/> D 30,000円
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所 () 円	特例認定 <input type="checkbox"/> 高長・ <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 認定 () 円 <input type="checkbox"/> 不認定
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所 () 円	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所 () 円	按分 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 円
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所 () 円	資格認定 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定

→ 裏面も必ず、記入してください。

【県使用欄】

①必要書類 ②臨床コピー ④受付日 年 月 日

2回目チェック

マイナンバー

有効期間開始日 年 月 日 有効期間終了日 年 月 日

提出(了 不備)
 登録済
 未提出

①受療医療機関（指定医療機関に限ります。）

最も利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等を記入してください。

医療機関	名 称	所 在 地

※この項目への記入の有無にかかわらず、指定医療機関であれば公費助成の対象となります。

②保護者

受診者が18歳未満の場合は必ず記入してください。

保護者	フリガナ		受診者との続柄	電話番号
	氏 名			— —
	住 所	〒 □□□ - □□□□		

③書類の送付先について

申請者の住所以外に送付を希望する場合に、記入してください。
記入のない場合は、申請者の住所に送付します。

宛 名	申請者との続柄	住 所	電 話 番 号
様方		〒 □□□ - □□□□	電話 — —

④日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に、記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号
		— —

⑤介護保険について

該当する要介護度等に☑を付けてください。

要介護度 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> なし
---	---	-----------------------------

以下県使用欄のため、記載不要です。																						
医療機関コード													指定医番号									
保険者番号													宛名区分	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 異送付先								
備考欄																						