

特定医療費(指定難病)支給認定申請書【新規 変更 再発行 転入】

□ □ □ □ □

香川県知事 殿 年 月 日 【県使用欄】

私は、下記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

厚生労働大臣 殿

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紙<臨床調査個人票の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。同意しません。

(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

新規受付票 渡・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		<input type="checkbox"/> 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 該当する場合に☑を付ける

軽症高額該当 高額かつ長期 人工呼吸器等装着者

有効期間開始日の前倒し(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。)

希望する(下の欄へ) 希望しない(有効期間開始日は受付日となります)

【1か月以上の前倒しとなる場合、理由が必要です。選択してください。】

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 _____

生活保護を受給している場合に☑を付ける

氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受給者番号)	市町村住民税額	自己負担上限額
受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所()円	□A 0円 □B1 2,500円 □B2 5,000円 □C1 10,000円 □C2 20,000円 □D 30,000円
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	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"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所()円	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	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"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	非(□80万円超 □80万円以内) □均 □所()円	資格認定 認定(□一般 □軽症高額) <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 ③同意書コピー ④受付日 年 月 日 ⑤適用区分 2回目チェック

有効期間開始日 年 月 日 有効期間終了日 年 月 日

マイナンバー _____

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登録者証について（受給者証又は重症度不認定通知でも、登録者証に代えることができます。）

登録者証申請	登録者証を <input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない
	※障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

こちらの欄が未記入であったときは、『申請しない』とさせていただきます。

③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	〒 □□□ - □□□□		

④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 — —

⑤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
		— —

⑥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	登録者証紙発行 <input type="checkbox"/>				
備考欄																					