

特定疾患医療受給者証交付申請書

申請種類		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 医療機関追加		<input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 再登録		
受給者	フリガナ					疾患名						
	氏名					受給者番号 (新規・転入以外)
	生年月日	年 月 日生						医療保険や所得税上で、 どなたかの扶養等に入っ ていますか。(扶養している 方が生計中心者です。)				
	職業	(1) 勤労者 (2) 自営業 (3) 学生・生徒 (4) 家事従事者 (5) 無職 (6) その他		保健所の訪問 指導の希望		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無						
住所	〒 — 電話 () —						<input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない					
生計中心者	氏名					受給者との続柄 ()	生計中心者について、該当する□に チェックしてください。 ・市町民税と県民税の課税状況(年度) <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 (非課税の場合、市町が発行する 所得課税証明書が必要です。) ・税務署への確定申告(年分) <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない					
	住所	〒 — 電話 () —										
	収入種別	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業収入 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害・遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	生計中心者の 扶養者 (年齢は 年 12月31日現在)	0歳～15歳 の扶養人数	人	16歳～18歳 の扶養人数	人	→裏面①に氏名等を記入し てください。						
扶養人数の記載がない場合、所得税の置き換え計算は行いません。												
受療医療機関(受給者証記載)	名称					名称						
	所在地	電話 () —				所在地	電話 () —					
	名称					名称						
	所在地	電話 () —				所在地	電話 () —					
その他	1. 当受給者は、他の病名の記載された 「特定疾患医療受給者証」を、別に所 持していますか。		<input type="checkbox"/> 有→(裏面②-1に記入) <input type="checkbox"/> 無		2. 当受給者のほかに、同一生計内で「特定 疾患医療受給者証」を所持している方 はいますか。		<input type="checkbox"/> 有→(裏面②-2に記入) <input type="checkbox"/> 無					
	臨床調査個人票の研究利用についての同意											
<p>特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した 臨床調査個人票が、国及び県が認定する研究者において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料 として使用されることを確認した上で、申請してください。(詳細は裏面記載)</p> <p style="text-align: right;">香川県知事 殿 年 月 日</p> <p>上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、 特定疾患医療受給者証の交付を申請します。</p>												
申請者	氏名					受給者との続柄 ()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>持参(本人・家族) <input type="checkbox"/>郵送 </div>					
	住所	〒 — 電話 () —										

受給者の住所以外に送付を希望する → (裏面③に記入してください。)

----- これより下は県使用欄ですので、記入しないでください -----

項目	①必要書類 確認 <input type="checkbox"/> OK	②臨床基本 事項確認 <input type="checkbox"/> OK	③臨床 コピー <input type="checkbox"/> OK	④同意書 コピー2部 <input type="checkbox"/> OK	⑤臨床入力 1 <input type="checkbox"/> OK	⑥申請書入力 1 <input type="checkbox"/> OK	⑦保険 <input type="checkbox"/> 扶養1 <input type="checkbox"/> 本人2	⑧生計 <input type="checkbox"/> 扶養1 <input type="checkbox"/> 本人2	⑨自己負担区分		⑩点検
	⑪限度額認定証等 <input type="checkbox"/> 【 】		⑫適用区分追加書類 <input type="checkbox"/>		⑬重症申請添付 【 1 診断書, 2 身障手帳 】		⑭重症者同意書 <input type="checkbox"/>		階層 区分		<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/>
備考										⑮前回区分 【 】	

① 生計中心者の 16 歳～18 歳の扶養者について

生計中心者が扶養する、16 歳から 18 歳までの扶養者について、記入してください。

氏名		生年月日	年	月	日生
氏名		生年月日	年	月	日生

～税制改正の影響を生じさせないよう、改正前の税額に置き換え計算し、月額自己負担限度額を決定します。～

平成 22 年度税制改正において、年少扶養控除及び 16～18 歳までの特定扶養控除の上乗せ部分の廃止が行われました。特定疾患治療研究事業では、この見直しによる影響を生じさせないように、廃止前の税額を計算し、月額自己負担限度額を決定することとしています。年齢は、その年の 12 月 31 日現在での年齢となります。

記入がない場合は、置き換え計算を行わず、現在の税額により、月額自己負担限度額を決定します。

② その他欄で、 有 の方は記入してください。

1. 当受給者は、他の病名の記載された「特定疾患医療受給者証」を、別に所持している方は疾患名、受給者番号を記入してください。	特定疾患名	受給者番号					
2. 当受給者のほかに、同一生計内で「特定疾患医療受給者証」を所持している方の氏名及び受給者証の受給者番号を記入してください。	氏名	受給者番号					

③ 書類等の送付先（受給者の住所以外に送付を希望する場合記入してください。）

宛名	住所	〒	—	TEL: ()	—	受給者との続柄
				()	様方)	

<臨床調査個人票の研究利用についての同意>

特定疾患治療研究事業は、重症で稀少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省の厚生労働科学研究費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化研究事業の研究班及び香川県が認定する研究者により、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行って下さい。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、特定疾患調査研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めてそれぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。