

特定医療費（指定難病）支給認定／登録者証（指定難病）申請書 （ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更（疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他） <input type="checkbox"/> 転入）											
受診者（患者）	フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男	年齢	歳		
	氏名						<input type="checkbox"/> 女				
	個人番号 <small>（マイナンバー）</small>					生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日			
	受給者番号 <small>（更新、変更の場合）</small>						<input type="checkbox"/> 昭和				
	住所	〒				電話番号	自宅				
							携帯				
	本年1月1日時点の所在地 <small>（現住民票と異なる場合のみ記載）</small>		都道府県					市区町村			
加入医療保険	被保険者氏名					<input type="checkbox"/> 本人（記入省略）	受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	被保険者証 発行機関名							記号・番号			
申請者	フリガナ					受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人				
	氏名						<input type="checkbox"/> 保護者（ ） <input type="checkbox"/> 代理人（ ）				
	住所	〒				電話番号	<input type="checkbox"/> 同上（記入省略）				
指定難病名											
自己負担上限額の特例 <small>（該当するものに☑）</small>	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 <small>（高額難病治療継続者）</small>					
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当									
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者					<input type="checkbox"/> 有（氏名 ） <input type="checkbox"/> 無						
登録者証申請	申請する ・ 申請しない ・ 発行済（自治体名： ）				DV虐待等による情報連携の不開示希望		<input type="checkbox"/> 有				
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	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								
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 また、提出した臨床調査個人票に疑義が生じた場合、県が医療機関へ直接照会することに同意します。 申請者氏名 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日 沖縄県知事 殿							保健所受理印				

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。	
受診者氏名	_____
申請者氏名	_____（※ 受診者に代わって申請者が同意する場合に記入して下さい。）
年 月 日	_____ 厚生労働大臣 殿

※ 裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）記入欄					該当者の有無		□ 有 □ 無	
<small>※ 受診者本人については、記入不要です。 ※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療の場合は、同じ医療保険加入者で同一の世帯の方全員。 ※ 受診者の加入医療保険が国民健康保険および後期高齢者医療以外の場合は、同じ医療保険の被保険者。</small>								
世帯員氏名					本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)						市区町村		
世帯員氏名					本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)						市区町村		
世帯員氏名					本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)						市区町村		
世帯員氏名					本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)						市区町村		
世帯員氏名					本年1月1日 時点の所在地	都道府県		受診者 との続柄
個人番号 (マイナンバー)						市区町村		

受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む) <small>※ 更新、変更申 請の場合は、現在 交付されている受 給者証へ追加・削 除を希望する医療 機関のみ記載</small>	医療機関名 (支店名)	所在地 (市町村名)	指定医療機関の変更 (※ 更新、変更の場合)	
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除
				□ 追加 □ 削除

ここから下の欄は記入しないでください。

所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯受給証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 統合宛名システム、住基ネット <input type="checkbox"/> その他 ()				
受給者(患者又はその保護者)の収入	右の合計額 <input type="checkbox"/> 80万円より大 <input type="checkbox"/> 80万円以下	合計所得 金額 円	公的年金 等収入 円	障害年金 等収入 円	特児 手当等 円
所得区分	生保・低I・低II・一I・一II・上位		自己負担上限額	円	
自己負担上限額特例	<input type="checkbox"/> 按分あり <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(高額難病治療継続者) <input type="checkbox"/> 境界層措置				
社会活動	就労・就学・家事労働・在宅療養・入院・入所・その他()				
日常生活	正常・やや不自由・部分介助・全介助				
情報連携関係	◆情報照会日(月 日) ◆照会結果確認日(月 日) ◆照会結果：市町村民税の課税 有り → 所得割額合計(円)又は 均等割のみ課税 無し → 所得金額(円) 公的年金収入額(円)				
備考					