

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・医療機関追加・再交付）（※1）

病名					受給者番号（※2）											
受診者	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生年月日							
	氏名								T・S H・R 年 月 日							
	住所	〒			電話（日中連絡の取れるもの）			連絡先区分								
					- -			☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ その他（ ）								
	加入医療保険	フリガナ			受診者との続柄			☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ その他（ ）								
		被保険者氏名														
保険種別			記号・番号													
保険者名																
文書送付先		本人・本人以外 ※本人以外の場合、右欄の氏名・住所等を記入		本人以外氏名	続柄（ ）			本人以外住所	〒							
保護者（※3）	フリガナ				住所 ※受診者と異なる場合のみ記入	〒			受診者との続柄							
	氏名								電話番号							
自己負担上限額の特例		☐	人工呼吸器等装着			☐	高額かつ長期			☐	軽症高額特例					
受診者と同じ医療保険世帯内で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の有無 有 ・ 無 ※「有」の場合、右欄を記入					（指定難病・小児慢性）氏名			受給者番号								
					（指定難病・小児慢性）氏名			受給者番号								
受診を希望する（指定）医療機関 薬局 訪問看護事業者等		医療機関名					所在地									
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（※4） （更新の場合は原則記入不要）		年 月 日			【左記の欄が申請日から1ヶ月以上前の年月日となっている場合、その理由】 ☐ 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 （ ）											
					☐ 上記に該当する理由はない					☐ 支給開始日の遡りを希望しない						
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。																
申請者氏名 年 月 日 宮崎県知事 殿																

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、別添「研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成の申請にあたり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。													
患者氏名 年 月 日													
※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。													
代理人氏名 厚生労働大臣 殿													

※1 いずれかに○をする。 ※2 新規以外の場合のみ記入。 ※3 受給者が18歳未満の場合等に記入。
※4 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ヶ月前（やむを得ない理由により申請できなかった場合は最長3ヶ月前）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。

●保健所記載欄

支給開始日についての確認		☐ 診断年月日 ☐ 軽症高額特例 ☐ 申請日から1ヶ月前 ☐ 申請日から3ヶ月前 ☐ 申請日（遡り希望なし）											
☐ 軽症特例該当	☐ 高額長期該当	自己負担区分及び上限額		円	適用区分	システム入力	審査結果	発行					
支給開始年月日		統合宛名番号（受診者）											

○世帯員の氏名・続柄
・世帯内で受診者と同じ医療保険に加入する方すべてをご記入ください。

- ・受診者と申請者は必須です。
- ・「市町村国保・国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合」に加入されている場合は、世帯全員のマイナンバーをご記入ください。
- ・上記以外の被用者保険に加入されている場合は、受診者と被保険者のマイナンバーをご記入ください。

・マイナンバー記入該当者であって、現住民票に記載されている住所と異なる場合のみご記入ください。

[illegible]

※非課税世帯で下記の年金等が 有 の場合は、該当する年金等の金額がわかる書類の提出が必要です。

☐ 障害基礎年金・遺族基礎年金・寡婦年金	☐ 障害補償給付・障害給付
☐ 障害厚生年金・障害手当金・遺族厚生年金	☐ 障害補償
☐ 障害共済年金・障害一時金・遺族共済年金	☐ 特別児童扶養手当・障害児福祉手当・
☐ 特別障害給付金	特別障害者手当・福祉手当

日常生活状況について	現在利用しているサービス・医療機器等について	
1 仕事についている	1 なし	7 気管切開
2 通学中	2 訪問看護	8 持続点滴
3 家で介護を受けずに療養中	3 在宅酸素	9 膀胱留置カテーテル
4 家で介護を受けながら療養中	4 吸引器	10 人工透析
5 入院中（ 指定難病・その他 ）	5 人工呼吸器	11 その他
6 施設入所中	6 経管栄養	（ ）
7 その他（ ）	（胃ろう、経腸、鼻腔）	
身体状況	介護保険の利用状況	
1 1人で歩くことができる	1 あり（要支援・要介護 ）	2 なし
2 支えがあれば1人で歩くことができる	居宅介護支援事業所（ ）	
3 人の助けがあれば歩くことができる		
4 車いすなら移動できる	家族	
5 ねたきり（ 介護者 有 ・ 無 ）	1 1人暮らし	2 家族等と同居
障害者手帳の有無		
障害者手帳の所持（あり・なし）→（ 身体障害者手帳 ・ 精神障害者手帳 ・ 療育手帳 ） →（ ）級		