

受給者番号	高額・人工	世帯按分

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・転入）

受診者 (患者)	フリガナ							性別	男・女	年齢	満	歳	
	氏名 (個人番号)							生年月日	年 月 日				
		マイナンバー											
	郵便番号				電話	(自宅)		(携帯)					
	住所												
	加入医療保険	被保険者氏名							受診者との続柄	本人・家族			
		被保険者証発行機関名				被保険者証の記号・番号							
	介護保険	要介護・要支援認定	有・無			生活保護受給			有・無				
指定難病名	※申請するすべての疾病名を記入してください。												
児童(18歳未満)の保護者	フリガナ							受診者との続柄					
	氏名 (個人番号)							電話					
		マイナンバー											
住所													

軽症者特例による支給認定	軽症者特例による支給認定申請について（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない
	<p>特定医療費の支給は、指定難病にかかっていると認められる方で、国が定める重症度分類に該当する方が対象となりますが、重症度分類に該当しない方であっても、申請月以前の12月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が3月以上ある場合は「軽症者特例」として、支給対象となります。（医療費総額には入院時食事(生活)療養標準負担額は含みません。）</p> <p>「軽症者特例」に該当すると思われる方は、「する」に☑をして、医療費申告書に医療費総額が確認できる書類(領収書・診療明細書・調剤明細書など)を添えて提出してください。（重症度分類に該当するかどうかについては、医療機関にご確認ください。）</p>		

自己負担上限月額の特例（該当するものに☑）	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期
※「高額かつ長期」とは支給認定を受けた月以降の月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が年6回以上ある方をいいます。	
<input type="checkbox"/> 寡婦(夫)控除のみなし適用	※支給認定基準世帯（裏面参照）の中に、法律上の婚姻によらず父または母となった方で、婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない方がいる場合は対象となる可能性があります。

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険加入者に限る）に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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合は裏面の支給認定基準世帯員の欄に記載)		

臨床調査個人票の研究利用についての同意	保健所収受印欄	
私は、難病の研究を推進するため、添付した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意(裏面)し、特定医療費の支給を申請します。	保健所収受印欄	
受診者氏名 (又は児童保護者氏名)		印 (自署または記名押印)
年 月 日		保健所長 様

保健所記入欄	決定事項	審査	年 月 日	臨個票	住民票	課税額	保険証	同意書	その他()		
	申請者の本人確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()								
		2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得・課税証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()								
	受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()									
	「世帯」市町村	・市町村民税非課税						非課税：対象患者の収入金額計			
	民税課税状況	・市町村民税(所得割) 課税年額合計						円	円		
	区分	一般・高額長期・人工呼吸器・※複数患者按分・境界層該当						生保・低I・低II・一般I・一般II・上位			
自己負担上限月額	円(※按分前自己負担上限月額 円)										
保険適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・VI・V・IV・III・II・I・未加入										

裏面も必ずご記入ください

(裏面)

支給認定基準世帯員 受診者が国保・後期高齢医療保険に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員（住民票が別の方を含む）を記入してください。

受診者が被用者保険に加入している場合は、受診者、被保険者のほか同じ被用者保険に加入する指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者を記入してください。（個人番号は被保険者のみ記入してください。）

世帯員氏名 (個人番号マイナンバー)	受診者 との 続柄	医療保険の種別 (該当するものに ○)	被用者保険(※) の被保険者本 人に○	指定難病・小児慢 性特定疾病の受給 者(受給者番号)	税証明 (提出有 りに○)	保健所記入欄
						市町村民税 (所得割) 課税年額
	本人	国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
フリガナ		国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
フリガナ		国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
フリガナ		国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
フリガナ		国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
フリガナ		国保・後期・被用者		難病 ・ 小児 ()		円
※ 被用者保険：市町村国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療制度以外の保険					合計	円

他都道府県からの転入者の方のみお答えください。(該当するものに☑)

転入前の支給認定基準世帯員（自己負担額を決定する時の世帯）と変更が 有 無

市町村民税非課税世帯の方のみお答えください。(該当するものに☑)

市町村民税非課税世帯(均等割と所得割のいずれも非課税)の方については、自己負担上限月額額の階層区分は[低所得Ⅰ]又は[低所得Ⅱ]に該当しますが、さらに、受診者(又は児童の保護者それぞれ)の前年(1～6月申請の場合は前々年)の年収が80万円以下の場合、より低額な階層区分[低所得Ⅰ]に該当します。年収の確認のため以下の障害年金などを受給している場合は、受給額が確認できる書類を提出してください。

なお、年収(障害年金等の受給額を含む)が明らかに80万円を超えている場合は書類の提出は不要です(提出がない場合は低所得Ⅱとなります)。

次の障害年金などを 受給している (障害年金 遺族年金 寡婦年金 障害補償 特別児童扶養手当 障害児福祉手当 特別障害者手当 福祉手当)
受給していない

受診を希望する指定医療機関(調剤薬局、訪問看護事業者を含む)

医療機関名	所在地	医療機関コード (保健所記入欄)

受診者(又は児童の保護者)以外に医療受給者証等の送付を希望される場合に記入してください。

住所	〒	
氏名		受診者との関係() 電話()

同意について 厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。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病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、臨床調査研究分野の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。