

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				年齢	満 歳	
	氏 名				生年月日	年 月 日	
	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
		保 険 者 名				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 の 保 護 者 (18歳未満)	フリガナ				受診者との 続柄
	氏 名				電話
	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。
-----------------------------------	---------------------------------	--

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
(有の場合は世帯調書の世帯員の欄に記載)		

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(注) (更新申請時は原則記入不要)	<p>【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】</p> <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
--	--

(注) 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のあった日（保健所長又は中核市長の申請受理日）から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。

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80万9千円以下の場合は、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80万9千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	<input type="checkbox"/> 受給している	( <input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 寡婦年金	<input type="checkbox"/> 障害補償
	<input type="checkbox"/> 受給していない	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> 福祉手当)

裏面も必ずご記入ください

(裏面)

表面のとおり、特定医療費の支給認定を申請します。  年 月 日  申請者氏名  保健所長 様	保健所收受印欄
<b>臨床調査個人票の研究利用についての同意</b> 本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)のうち、研究利用の同意のあった方の診断書は厚生労働省のデータベースに登録され、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等に活用されます。また、臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等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。同意をいただいた後も、その同意を撤回することができますが、同意の撤回前に既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。なお、同意については、任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。詳細は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」をご確認ください。 私は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」に記載の説明を読み、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 (代理人氏名※) ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理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、カッコ書きで代理人の氏名も署名してください  年 月 日 厚生労働大臣 様	

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( )	

# 世帯調書

支給認定申請書(様式第1号)に記載した受診者及び児童(18歳未満)の保護者のほか、次に該当する世帯員の方を漏れなく記入してください。

【受診者が国保・後期高齢医療保険に加入している場合】

受診者と同じ医療保険に加入している方全員(受診者と同じの世帯に属する方(住民票が別の方を含む))に限る。)の氏名、個人番号等を記入してください。

【受診者が被用者保険(※1)に加入している場合】

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、同医療費助成を申請中の方の氏名等(個人番号は受診者被保険者の方のみ)を記入してください。

								保健所記入欄	
(フリガナ)		受診者との続柄	生年月日	変更(変更時のみ○)	医療保険の種別(該当するものに○)	被用者保険(※1)の被保険者本人に○	指定難病・小児慢性特定疾病の受給者(※2)(受給者番号)	税証明(提出者に○)	市町村民税(所得割)課税年額
氏名									
		受診者本人	年 月 日	変更	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
個人番号									
		受診者(18歳未満)の保護者	年 月 日	変更 削除	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
個人番号									
		1	年 月 日	追加 削除 変更	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
住所									
個人番号									
		2	年 月 日	追加 削除 変更	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
住所									
個人番号									
		3	年 月 日	追加 削除 変更	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
住所									
個人番号									
		4	年 月 日	追加 削除 変更	国保後期被用者		難病・小慢( )		円
住所									
個人番号									

		5							
住所			年 月 日	追加 削除 変更	国 保 後 期 被 用 者		難病・小慢 ( )		
個人 番号									
円									
		6							
住所			年 月 日	追加 削除 変更	国 保 後 期 被 用 者		難病・小慢 ( )		
個人 番号									
円									
※1 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	非課税
※2 特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療費支給認定申請中の方を含む									円

**DV・虐待等の被害による避難について(該当する場合は以下に☑してください。)**

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在地の都道府県又は市町村名)をマイナポータルサービス上で加害者が確認できないように秘匿することができます。

受診者、児童(18歳未満)の保護者及び世帯員にDV・虐待等の被害による避難者がいるため、所在地情報の秘匿措置を希望します。

※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

決定事項	審査 年 月 日		臨個票 住民票 課税額 医療保険の資格情報を証する書類 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"/> 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( )			
児童保護者の番号確認	<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( )			
世帯員の番号確認 1	<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( )			
世帯員の番号確認 2	<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( )			
世帯員の番号確認 3	<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( )			
世帯員の番号確認 4	<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( )			
世帯員の番号確認 5	<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( )			
世帯員の番号確認 6	<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」市町村民税課税状況	・市町村民税非課税		非課税:対象患者の収入金額計	
	・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			

(別添)

## 臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明

### ◀ 本同意書に関する説明 ▶

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施のため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、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や、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いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

### ◀ データベースに登録される情報と個人情報保護 ▶

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

#### ◀ データベースに登録された情報の活用方法 ▶

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握(重症度等の経過・治験の実行可能性等)や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

#### ◀ 同意の撤回 ▶

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。