

保健所 使用欄	添付書類	その他記載欄
	マイナ・臨個票・住民票 保険証・税証明・生保証明書 その他（ ）	

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

新規・疾病追加

広島県知事 様

特定医療費（指定難病）支給認定の申請に当たり、次の事項に同意します。

- ・申請内容が、保健所の保健指導、市町が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として使用されること。
- ・災害時、個人情報の慎重な取扱いが必要な患者（DV被害者等）の氏名、住所及び生年月日については、安否不明者の情報として公表しないようにするため、県、県警及び市町で使用されること。
- ・患者及び世帯員（以下「患者ら」という。）の医療保険上の所得区分を、患者らが加入する医療保険者から報告を求めること。
- ・必要がある場合には患者らの個人番号を特定すること。
- ・患者らの個人番号から、患者らの課税状況及び収入を調査し、自己負担上限額を決定すること。

厚生労働大臣 様

提出した臨床調査個人票の情報が、別紙「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」のとおり、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 同意しません。 ※チェックがない場合は、同意したものとみなします。

年 月 日 申請者氏名 _____

※申請者は、患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）となります。

患者 情報	ふりがな 氏名		生年月日	受給者番号（新規を除く）	
	住所	〒 —	大・昭 平・令 年 月 日		
	郵便物の 送付先	〒 —	送付先の宛名： 様【続柄： 】 送付先の電話番号：		
	電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記載してください。			
	病名				
	加入する 医療保険	保険の名称		記号・番号	

**自己負担上限額
に係る特例**

- 世帯内按分 人工呼吸器等装着 軽症高額該当 高額かつ長期該当（小児慢性から移行の方に限る）

種別	受給者番号	受給者氏名
<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児特定		
<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児特定		

※特例の内容については、別紙「特定医療費（指定難病）受給者証支給認定（新規）申請の手引き」でご確認ください。

**支給認定日
の遡及
（さかのぼり）**

- ・医療費の支給認定開始日は、①臨床調査個人票に記載された診断年月日、②保健所が申請書を受理した日のひと月前の同日、を比べて後の日となります。（軽症高額該当により支給認定を受ける場合、上記①は軽症高額該当となった日の翌日となります）

【支給認定開始日の例】①がR6.4.10、②がR6.3.30（受理日はR6.4.30）の場合、支給認定開始日はR6.4.10となります。

※ただし、やむを得ない理由（仕事、育児、失念、身内の不幸、転居等の私的な理由は除きます。）により、診断年月日から1か月以内に申請が行えなかった場合は、最長で受理日の3か月前の同日まで遡ることができます。次の理由のいずれかに該当する場合は☑し、遡りを希望する年月日を記入してください。（希望年月日が支給認定開始日にならないこともあります。）

- 医療機関側の事情により臨床調査個人票の受取りに時間を要した 症状悪化や入院により申請に時間を要した
- その他の理由（災害に被災等）により申請に時間を要した（理由： _____）

遡りを希望する年月日： 年 月 日 左記には、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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入。

※裏面も必ず記入してください。

本庁 使用欄	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 疾病追加	按分・人工・軽症・高長	自己負担上限額
	認定期間 / ~ /	A・B・C・D・E・F	円

支給認定基準世帯員（患者が加入する医療保険を確認の上、記入してください。）

患者が加入する医療保険	記入が必要な方
・市町村の国民健康保険 ・後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する <u>16 歳以上の方全員</u> を記入してください。
・国民健康保険組合 （建設国保、医師国保など）	住民票上が異なる場合も含めて、患者と同じ医療保険に加入する <u>16 歳以上の方全員</u> を記入してください。
・上記以外の医療保険 （会社の健康保険、共済など）	住民票が異なる場合も含めて、 <u>患者と被保険者（医療保険の加入者）</u> を記入してください。

※1月1日時点の住所を記入してください。

	氏名（支給認定基準世帯員）	患者との続柄	区 分	窓口確認欄 （記入しないでください）	
				被保険者	備 考
患者	氏名： -----	本人	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				
	氏名： -----				
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日				
(1)	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	氏名： -----				
(2)	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				
(3)	氏名： -----		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日				
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				

収入に関する申立て（市町村民税が非課税の世帯の方は次のいずれかにチェック☑してください。）

- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は80万円を超えるため、低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）に該当します。（下欄に記入不要）
- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は80万円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額2,500円）に該当します。
年間収入額は下欄①～③とその合計額のとおりです。（下欄に記入及び関係書類添付）

※年間収入額とは、次の「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他収入」を合計した額です。

※上記にチェックがない場合や、個人番号を利用し年間収入額が80万円を超えることが確認できた場合は、低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）と認定します。

収入の種類	年間収入額		
① 市町村民税非課税証明書の合計所得金額	円		
② 公的年金収入額	円		
③ その他収入（該当するものに○を付けてください。）	円 [※年金証書、給付決定通知書、入金記録のある預金通帳など、受給額の分かる書類のコピーを添付してください。]		
障害基礎年金		障害厚生年金	障害共済年金
遺族基礎年金		遺族厚生年金	遺族共済年金
特別児童扶養手当		障害児福祉手当	経過的福祉手当
特別障害者手当		特別障害給付金	障害補償給付
受給なし			
①～③の合計額	円		