

保健所欄	提出方法	来・郵	新規添付書類チェック	
本人	免許・マイナ・旅券・手帳		<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 臨個票 枚(両・片)
代理	委任状・戸籍・登記		<input type="checkbox"/> 申請書	<input type="checkbox"/> 医療保険確認書類 人分
	免許・マイナ・旅券・手帳		<input type="checkbox"/> 住民票	その他記載事項
新規	受給歴 有 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> その他マイナ書類	
保健所 担当者名			<input type="checkbox"/> (非)課税証明書	
			<input type="checkbox"/> 委任状	
			<input type="checkbox"/> 医療費総額確認書類	
			<input type="checkbox"/> その他()	

様式 1 (R8.7.1~) 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。
- ・必要があれば患者及び支給認定基準世帯員の個人番号を特定し、課税状況や収入及び医療保険の資格情報を調査し、自己負担上限額を決定すること。
- ・指定医の診断書(臨床調査個人票)に関して確認すべき事項があった場合に、当該指定医へ直接照会すること。

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、患者又は保護者(患者が18歳未満の場合など)となります。

患者の 情報	ふりがな		生年月日		受給者番号(新規を除く)		
	氏名		大・昭 平・令	年 月 日			
	住所	〒 —		電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記入		
	病名						
医療保険	保険の 名称		記号・番号 枝番	記号	番号	枝番	

郵便物の送付先 ※上記住所と異なる住所に送付を希望する場合のみ、記入してください。(送付先は【保護者・親族・成年後見人】に限る。)

〒 — 送付先の宛名： 様【保護者・親族・成年後見人】
日中の連絡先： —

自己負担額の特例 ※該当する事項があればチェックし、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	軽症高額	重症度分類による基準を満たさない方が対象 ・上記の難病に係る月ごとの医療費総額(10割相当額)が33,330円を超えた月が、申請月以前の12か月間に3回以上あった。	次のいずれかを添付 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票のコピー		
<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	市町村民税課税世帯の自己負担上限額の減額(小児慢性から移行の方に限る) ・上記の難病に係る月ごとの医療費総額(10割相当額)が50,000円を超えた月が、申請月以前の12か月間に6回以上あった。	<input type="checkbox"/> 領収明細書のコピー及び医療費申告書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書		
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等	自己負担上限額の減額 ・「人工呼吸器」又は「体外式補助人工心臓」を1日中使用し、日常生活全般の介助が必要。			
<input type="checkbox"/>	世帯内按分	自己負担上限額の按分 ・同じ医療保険の世帯員で、患者以外に「指定難病又は小児慢性」の受給者。	<input type="checkbox"/> 按分相手の受給者証のコピーを添付		
		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性

支給開始日の遡及 ※新規申請又は疾病追加の場合のみ、該当事項があればチェックし、必要事項を記入してください。

・支給開始日は、次の①②を比べて、後の日となります。

①保健所が申請書を受理した日の1か月前の同日 ②臨床調査個人票に記載された診断年月日(軽症高額の基準を満たした日の翌日)

・ただし、やむを得ない理由(仕事、失念、身内の不幸、転居等の私的な理由を除く。)により、診断年月日から1か月以内に申請ができなかった場合は、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チェックし、遡りを希望する年月日を記入してください。(審査の結果、希望年月日が支給認定開始日にならない場合があります。)

医療機関の事情で、臨床調査個人票の受取りに時間を要した 症状悪化等により申請に時間を要した 被災等により時間を要した

遡りを希望する年月日： 年 月 日 ← 臨床調査個人票の診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる日を記入。

※裏面も記入
して下さい

本 庁 欄	<input type="checkbox"/> 複数疾患 ()	記載日 / /	診断日 / /	軽高・高長・人工・按分	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にチェック☑し、必要事項を記入してください。

患者が加入する医療保険		記入が必要な方（支給認定基準世帯員）
<input type="checkbox"/>	国民健康保険（市町国保・国保組合）	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> 。
<input type="checkbox"/>	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方全員。
<input type="checkbox"/>	上記以外（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）のみ</u> 。



※住所は 1月1日時点の「課税地」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	保健所欄	
				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				
(1)	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				
(2)	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				
(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のみ、次のいずれかにチェック☑し、必要事項を記入してください。

- 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82万6,500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。（下欄の記入不要）
- 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82万6,500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。（下欄に記入及び関係書類を添付）



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 ※ 給与所得を有する者は、合計所得金額から10万円を控除。 ※ 公的年金等の収入金額が82万6,500円以下の場合は、合計所得金額から公的年金等の収入金額に係る雑所得を控除。	円
② 公的年金等の収入金額	円
③ その他収入 ※ 該当するものに○を付け、年金証書や給付決定通知書など、受給額のわかる書類のコピーを添付。 障害基礎年金 障害厚生年金 障害共済年金 特別児童扶養手当 特別障害者手当 経過的福祉手当 障害基礎年金 遺族厚生年金 遺族共済年金 障害児福祉手当 特別障害給付金 障害補償給付 受給なし	円
合 計	円

※年間収入額とは、「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82万6,500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。