

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

(表面)

申請種別	新規・転入()	患者負担区分 (※行政記入欄)	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位・境界層 (A) (B1) (B2) (C1) (C2) (D) 該当	MN 有無					
公費負担者番号(※行政記入欄)		受給者番号(記入不要)	承認期間(※行政記入欄)						
5	4	2	8	6					
0	1	8							
2	6								
6									
告示番号と 疾病名				県内における 過去の受給歴 (指定難病)					
				有・無					
フリガナ		年齢	生年月日	大正・昭和・平成・令和					
氏名				年 月 日					
住所	〒	(TEL①)	(TEL②)						
※受診者が申請時点において、18歳未満の場合は、下記に保護者氏名、住所を記載してください。									
保護者 氏名		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ(受給者と同じ場合は□にチェックを付してください。)						
加入 医療 保険	フリガナ	被保険者氏名	受診者との続柄						
		<input type="checkbox"/> 受給者と同じ(国保・国保組合・後期高齢・その他に加入の方)							
	保険者名 (例:〇〇組合、〇〇市)	被保険者証の記号番号							
	保険種別	被用者保険(健保協会・健保組合・共済組合)・国民健康保険・国保組合・後期高齢・その他()・生活保護							
指定医療機関 (臨床調査個人票)	※上記の疾病の治療で利用する「指定医療機関」のうち、臨床調査個人票を記載した医療機関1箇所を記載してください。								
	名称	TEL							
	所在地								
特例等	A 軽症者特例	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限る)が33,330円を超える月が年間3回以上ある者 (必ず、申告書及び領収書の写しを添付してください)	今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい					
	B 人工呼吸器 装着等	持続的に常時、生命維持装置(人工呼吸器 又は対外式補助人工心臓)を装着しており、 日常生活が著しく制限されている者	今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい					
	C 高額かつ 長期	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適 応分に限る)が5万円を超える月が年間6回以 上ある者(※指定難病及び小児慢性特定疾病の支給認定 を受けていた期間の医療費のみが対象)	今回申請 する・しない	どちらかを○で 囲んで下さい					
	D 按 分	※受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ*)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の有無 (*後期高齢者医療広域連合の場合は、同一世帯かつ同じ保険で番号が異なる者を含む)		有・無	どちらかを○で 囲んで下さい				
	有の 場合	難病 小児	フリガナ 氏名	病名	※告示番号	受給者番号			
※行政記入欄		市町民税所得割額 合計	円	自己負担上限月額	円				
※送付先が受診者 の住所と異なる場 合のみ、記載してく ださい		(受診者住所以外) 〒 送付先住所 あて名			様(続柄:)				

【注意事項】

- ・認定された場合、書類一式を提出の上、**健康福祉事務所(保健所)にて受理された日**が医療費助成の開始日となります。
 - ・受診者住所以外の送付先については、申請の都度、記載いただく必要があります。
- ※裏面にも記載項目がありますので、もれが無いようご記入ください。

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規) (裏面)

受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方の氏名等を以下に記載してください。

- ※ 社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)に加入の場合は、受給者と被保険者の方のみ記載してください。
- ※ 国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)の氏名等に記載してください。
- ※ 後期高齢者医療広域連合にご加入の場合は、同じ保険(番号が異なる方を含む)に加入する方の氏名等に記載してください。
- ※ 情報連携に必要ですので、氏名の漢字やフリガナ等も含めて、支給認定基準世帯員全員の情報を、もれなく正確に記載してください。

支給認定基準世帯員

フリガナ	続柄	生年月日	ア:現住所(※郵便番号、県・市区町村名まで記載) (受給者と住民票が異なる場合のみ記載)
氏名			イ:令和 年1月1日時点の住所地 (課税情報の照会先。現住所と異なる場合のみ記載)
			ウ:住民登録外課税ありの場合の居住地
受給者	本人(再掲)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千
カナ 氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千
カナ 氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千
カナ 氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千
カナ 氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千

※行政記入欄	患者負担区分	課税状況	非課税・課税	(市町民税所得割額 合計)
--------	--------	------	--------	---------------

兵庫県知事様
難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

(千 -)

申請者 住所

氏名

◆ 臨床調査個人票の研究利用について ◆

指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別紙<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>のとおり、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

厚生労働大臣 様

同意します

同意しません

○別紙<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>について

※掲載場所URL: https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/shiteinanbyou_shinsei.html

(兵庫県ホーム >暮らし・教育 >健康・福祉 >難病 >難病医療費助成制度に関するご案内 >指定難病の医療費助成制度の申請手続きについて)