

特定医療費(指定難病)支給認定申請書
(新規・転入・疾病変更・疾病追加)

☐ 特定医療費の支給開始日について、申請日より遡ることを希望しません。

(表面)

申請種別		新規・転入(県・ 市)・疾病追加・疾病変更																	
公費負担者番号(※行政記入欄)								受給者番号(新規・転入は記入不要)				承認期間(※行政記入欄)							
5	4	2	8	6	0	1	8									10	31		
告示番号と病名		(告示番号)				(病名)				県内における過去の受給歴(指定難病)				有・無					
指定難病の名称の変更・追加 (上記該当する内容に○)		変 更 前						変 更 後											
		既認定疾病(告示番号・病名)						変更・追加する疾病(告示番号・病名)											
受 診 者	フリガナ								年齢		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日							
	氏 名																		
	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		(続柄)						住所	☐ 受給者に同じ(受給者と同じ場合は口にてチェックを付してください。)									
	加入医療保険		フリガナ								受診者との続柄								
			被保険者氏名		☐ 受給者に同じ(国保・国保組合・後期高齢・その他に加入の方)														
			保険者名 (例:○○組合、○○市)						保険者番号			被保険者証	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														
	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								
令和6年度課税(令和5年所得) 年収80万円以下の申立 ↓該当する場合は☑				令和7年度課税(令和6年所得) 年収80万9千円以下の申立 ↓該当する場合は☑				上位所得の申立 (令和 年度課税(前年所得)分) ↓該当する場合は☑				(生活保護受給者全員、該当するものに○) 生活保護に関する申立							
☐ 支給認定基準世帯員は全員非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収は、80万円以下です。				☐ 支給認定基準世帯員は全員非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収は、80万9千円以下です。				☐ 階層区分が「上位所得」となることを了承します。※課税状況を確認せず上限額が30,000円または20,000円になります。				生活保護受給中で、医療保険の加入がある ない							
※この欄に☑がない場合、条件に該当しても上限額2,500円になりません。																			
※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(今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます)		(受診者住所以外) 〒 送付先住所 あて名 様(続柄:)																	

【注意事項】

・疾病変更・疾病追加の方は、加入医療保険・特例等・支給認定基準世帯員については、記載不要です。

※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）

支給認定基準世帯員

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）の氏名等を記載してください。

※ 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を記載してください。

※ 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。

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）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
カナ			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
カナ			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
カナ			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	（ア現住所）：〒 （イ令和 年1月）〒 （ウ住民登録外課税地）〒

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。

本申請の認定に必要な場合は、兵庫県において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。また、「診断書（臨床調査個人票）の研究等への利用についての同意」については下欄のとおりとします。

（ 年 月 日 ）

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

◆ 診断書（臨床調査個人票）の研究等への利用についての同意（いずれかに☑の記入をお願いします） ◆

私は別紙＜指定難病の医療費助成・登録者証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ご説明 R6.4.1～＞を読み、指定難病の医療費助成の申請に当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。

厚生労働大臣 様 ☐ 同意します ☐ 同意しません

○別紙＜指定難病の医療費助成・登録者証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ご説明 R6.4.1～＞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＞健康・医療・福祉＞医療＞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）