

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

本人確認欄

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更		受給者番号 (新規は記入不要)													
受診者	フリガナ							性別	男・女	生年月日	大正昭和 平成	年	月	日	(歳)	
	氏名															
	個人番号	: : : : : :														
	フリガナ															
	住所	(郵便番号 —)						(電話番号)								
加入している医療保険	被保険者証等の種別	全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ その他 ()														
	被保険者証等の記号及び番号					保険者の名称										
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること)	フリガナ							受診者との続柄								
	氏名															
	個人番号	: : : : : :														
	住所	(郵便番号 —)						(電話番号)						裏面のおとり		
病名								介護認定	有 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) 無							
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	次の1及び2のいずれも満たす者 1 次の生命維持管理装置を継続して常時装着する必要がある者 (1) 気管切開口又は鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 2 日常生活動作が著しく制限されている者														
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	月ごとの医療費総額が5万円を超える月が1年間に6回以上ある者														
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当	病状が軽症で、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が1年間に3回以上ある者														
	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	特定疾患治療研究事業の受給者であった者で、重症患者認定基準に該当する者														
受診を希望する指定医療機関	医療機関名						所在地									
	<input type="checkbox"/> 当該疾病で薬局を利用していません。 <input type="checkbox"/> 当該疾病で訪問看護事業者等を利用していません。															
特定医療費の支給認定を受けたいので、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。 年 月 日 申請者 (受診者又はその保護者) 住所 山形県知事 殿 氏名 (記名押印又は署名)																
申請手続等を委任する場合	私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。 氏名 (受診者又はその保護者) 住所 〒 氏名 電話 ④															

備考 1 該当する項目の□にレ印を記入すること。
2 「申請区分」、「性別」、「被保険者証等の種別」及び「介護認定」の欄については、該当するものを○で囲むこと。

県記入欄	階層区分	A生保 ・ B1低I ・ B2低 ・ C1一般I ・ C2一般II ・ D上位					一次判定		一次審査		二次審査		審査会	
							適	否	適	否	適	否		
自己負担上限額の特例	人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 軽症高額該当 ・ 重症患者認定					<input type="checkbox"/>	適							
						<input type="checkbox"/>	要審査							

世帯について

受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください。

氏名	個人番号	受診者の 続柄	職業又 は就学 状況	生年月日	特定医療費又は小児慢性特定疾病 医療費の支給認定の申請の有無
	/	本人		大正 昭和 平成 年 月 日	有 小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無
				大正 昭和 平成 年 月 日	有 指定難病・小児慢性特定疾病 (疾病名:) 無

【臨床調査個人票の研究利用についての同意】

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる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。

臨床調査個人票の研究利用について、同意します。 同意しません。（いずれかに。）

受診者又は保護者 氏名 _____ (印)

(記名押印又は署名)

【公的年金等収入額】	+	【合計所得金額】	+	【年金（障害・遺族）及び特別児童 扶養手当等の年間金額】	=	【合計】
円		円				円