

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

（新規・更新） ← いずれかに○を付けてください。

★太枠内の内容をご記入ください（※は記入不要）・裏面があります。

受診者	フリガナ			男	生年月日			年齢
	氏名			女	大正 昭和 平成	年	月	日
	住所				郵便番号	□□□-□□□□		
					電話番号	(自宅) (携帯)		
1月1日現在の住所所在地		都・道 府・県	市・区 町・村	注 1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入ください。				
送付先	↓ 受診者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。							
	フリガナ			受診者との関係				
	住所				郵便番号	□□□-□□□□		
病名		①			②			
現在の受給者番号 (新規は記載不要)		①			②			
今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険の加入者）にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者		有	指・小 氏名（		受給者番号（			
		無	指・小 氏名（		受給者番号（			
世帯員（受診者と同じ医療保険に加入している方）								
受診者・世帯員氏名	受診者との続柄	16歳未満	ご加入の医療保険等 (いずれかに○)	個人番号 ※上段には12桁のマイナンバーを、下段には上記の注の例により1月1日現在の住所所在地を記載ください。				
	本人	<input type="checkbox"/>	社保・共済 ・ 市町村国保 ・ 国保組合 ・ 後期高齢 ・ 生活保護	都・道 府・県		市・区 町・村		
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村		
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村		
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村		
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村		
16歳未満の方は、☑を記入してください。								

【裏面にも記載をお願いします。】

＜事務処理使用欄＞

	※有効期間	※階層区分	※適用区分
1	年 月 日 ~ 年 月 日	生・低Ⅰ・低Ⅱ・一Ⅰ・一Ⅱ・上	
2	年 月 日 ~ 年 月 日	生・低Ⅰ・低Ⅱ・一Ⅰ・一Ⅱ・上	

臨床調査個人票	
臨床調査個人票に係る同意書	
健康保険証(写し)	
住民票	
特定医療費(指定難病)受給者証(写し)	
保険者照会に係る同意書	
市町村民税課税証明書	

マイナンバー関係書類等	
同一世帯の特定医療費(指定難病)受給者証(写し)	
同一世帯内の小児慢性医療受給者票(写し)	
障害年金等受給の有無の確認	有 無 不要

※適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ
-------	-----------------------

受付印

○受診を希望する（指定）医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）

医療機関等の名称	所在地
	〒 電話 ()
	〒 電話 ()
	〒 電話 ()
	〒 電話 ()
	〒 電話 ()
	〒 電話 ()

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

京都府知事 様

年 月 日

申請者氏名

印

<臨床調査個人票の研究等の利用についての同意について>

私は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添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、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

年 月 日

申請者氏名

印

年度(年所得分)の市町村民税が、251,000円以上であり、自己負担上限額が最高階層となることを了承し、「市町村民税課税証明書」、本人以外の住民票及び健康保険証（写し）を提出しません。

氏名