

特定医療費(指定難病)支給認定申請書【(新規)更新・変更・再発行】

香川県知事 殿

年 月 日

【県使用欄】

新規受付票

私は、下記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

厚生労働大臣 殿

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。 同意しません。

記載例

(申請者氏名)

香川 一郎

受診者本人
受診者が18歳未満の場合は保護者

臨床調査個人票の研究利用について、
「同意する」「同意しない」のいずれかにをしてください。

必ず記入してください。

受診者	疾病名	潰瘍性大腸炎				
	受給者番号				生年月日	大正・昭和 平成・令和 6年4月1日
	フリガナ	カガワ イチロウ			年齢	満 29 歳 保健師による相談の希望がある場合に、 <input checked="" type="checkbox"/> を付ける <input type="checkbox"/> 希望あり
	氏名	香川 一郎				
住所	〒760-8570 高松市番町4丁目1-10			電話番号1	087 - 0000 - 0000	
				電話番号2	087 - 0000 - 0000	

受診者・保護者の 年金・手当受給状況	障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・障害手当・福祉手当・障害補償(労災)
	<input type="checkbox"/> 上記、受給なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、年間80万円を超える受給あり(受給しているものを○で囲む)
	<input type="checkbox"/> 上記、年間80万円以内受給あり(受給しているものを○で囲む) ※ 添付書類が必要です。

特例	該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者
----	--	--

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	令和6年10月11日 ※ 臨床調査個人票に記載された診断年月日等
	【上記記入の年月日が申請日から1か月以上前の場合、理由を選択してください】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input checked="" type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []

保険種別	国保・国保組合・後期高齢 <u>全国健康保険協会</u> ・健康保険組合・共済・船・生活保護
保険者名称	全国健康保険協会 香川支部
被保険者氏名	香川 太郎
保険記号・番号	1234 123

医療保険 (必ず記入してください。)

氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受給者番号)	市町村民税額	上限額
受診者	本人	無・指定難病・小児慢性		
香川 太郎	父	無・指定難病・小児慢性		
香川 高子	母	無・指定難病・小児慢性		
香川 二郎	弟	無・指定難病・小児慢性		
香川 松子	妹	無・指定難病・小児慢性		
		無・指定難病・小児慢性		

臨床調査個人票に記載された診断年月日を記載してください。

支給認定日は、に記入が無い場合は申請日から1か月前まで、記入がある場合は3か月前までとなります。

なお、審査により、記載した日付と支給認定日が異なる場合があります。

⇒ 裏面も必ず、記入して下さい。

①受療医療機関（指定医療機関に限ります。）

最も利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等を記入して下さい。

医療機関	名 称	所 在 地	指定の有無
		〇〇病院	〇〇市〇〇町〇〇12-345
<input type="checkbox"/> 医療機関の登録が必要ない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。		臨床調査個人票記載医師の指定	有・無

※この項目への記入の有無にかかわらず、指定医療機関であれば公費助成の対象となります。
 また、受給者証に記載される指定医療機関名については、「個別の指定医療機関の名称」ではなく、「難病法に基づき指定された医療機関」と記載します。

②保護者

受診者が18歳未満の場合は必ず記入してください。

保護者	フリガナ	受診者との続柄	電話番号
	氏 名		() -
	住 所	〒	

③書類の送付先について

申請者の住所以外に送付を希望する場合に、記入してください。
 記入のない場合は、申請者の住所に送付します。

宛 名	申請者との続柄	住 所
様方		〒 電話 () -

④日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に、記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号
香川 太郎	父	090-0000-0000

⑤介護保険について

該当する要介護度等に○をつけてください。

要介護度（1・2・3・4・5）	要支援（1・2）	なし
-----------------	----------	----