

国指定

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 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 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	年 月 日	【県使用欄】 新規受付票 渡・送
(申請者氏名) 受診者本人 受診者が18歳未満の場合は保護者	持参(本人・家族) 郵送	

必ず記入してください。	受診者	疾病名						生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
		受給者番号						年齢	満 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
		フリガナ								
		氏名								
		住所	〒							電話番号1 - - 電話番号2 - -

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 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	年 月 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 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・全国健康保険協会・健康保険組合・共済・船員・生活保護
保険者名称	
被保険者氏名	保険記号・番号

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)	市町村市民税額	自己負担上限額
	受診者	本人	無・指定難病・小児慢性()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	A 0円 B1 2,500円 B2 5,000円 C1 10,000円 C2 20,000円 D 30,000円
			無・指定難病・小児慢性()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	特例認定 高長・人工認定()円 不認定
			無・指定難病・小児慢性()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	按分 有・無()円
			無・指定難病・小児慢性()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	資格認定 認定(一般 軽症高額) 不認定
			無・指定難病・小児慢性()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	

⇒ 裏面も必ず、記入して下さい。

【県使用欄】	①必要書類 <input type="checkbox"/>	②臨床コピー <input type="checkbox"/>	③同意書コピー <input type="checkbox"/>	④多群(疾病数)	⑤適用区分	前回区分	<input type="checkbox"/> 2回() <input type="checkbox"/> 3回() <input type="checkbox"/> ()
--------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------	-------	------	--

【備考欄】	マイナンバー 出(了・不備) 未提出
-------	-----------------------

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
			有 ・ 無
	<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

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
---------------------------	--------------	----