

県指定

特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書【新規 変更 再発行】

□ □ □ □ □

香川県知事 殿

年 月 日

【県使用欄】

新規受付票

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個人情報保護のもと、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について、同意し、特定医療費の支給を申請します。

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

持参(本人・家族)
郵送

必ず記入してください。

受診者	疾病名	突発性難聴																												
	受給者番号	<table border="1"> <tr> <td>生年月日</td> <td><input type="checkbox"/>大</td> <td><input type="checkbox"/>昭</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>年</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>月</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>平</td> <td><input type="checkbox"/>令</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					生年月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	0	6	年	0	4	月	0	1	日		<input checked="" type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令									
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	0	6	年	0	4	月	0	1	日																		
		<input checked="" type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令																											
フリガナ	かがわ	いちろう	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2 090-0000-0000																								

受診者・保護者の 年金・手当受給状況	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障害手当	<input type="checkbox"/> 福祉手当	<input type="checkbox"/> 障害補償(労災)
	<input type="checkbox"/> 上記、受給なし					
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、年間80万円超える受給あり(受給しているものに <input checked="" type="checkbox"/> を付ける)					
<input type="checkbox"/> 上記、年間80万円以内受給あり(受給しているものに <input checked="" type="checkbox"/> を付ける) ※振込通知書等確認書類が必要です						

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

有効期間開始日の前倒し(診断年月日等を基に有効期間開始日を設定します。ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する(下の欄へ)	<input type="checkbox"/> 希望しない(有効期間開始日は受付日となります)
	【1か月以上の前倒しとなる場合、理由が必要です。選択してください。】	
	<input type="checkbox"/> 理由がない(有効期間開始日は受付日から1か月前までの日付となります。) <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・枝番	記号	1234	番号
			123
			枝番

医療保険(必ず記入してください。)

氏名	受診者との続柄	香川県指定難病受給の有無(受給者番号)
受診者	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病()
香川 太郎	父	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病()
香川 高子	母	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病()
香川 二郎	弟	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 香川県指定難病(9876543)
香川 松子	妹	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病()
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病()

→ 裏面も必ず、記入してください。

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ください。

医療機関	名 称	所 在 地
	〇〇病院	〇〇市〇〇町〇〇12-345

※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。

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	電 話 番 号
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 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇

⑤介護保険について

該当する要介護度等にを付けてください。

要介護度 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	<input checked="" type="checkbox"/> なし
---	---	--

以下県使用欄のため、記載不要です。