

特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書【新規・更新・変更・再発行】

必ず記入してください。	香川県知事 殿		年 月 日		【県使用欄】	新規受付票 渡・送	
	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、指定難病等の治療研究等、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。						
	(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						
	疾病名					持参(本人・家族) 郵送	
	受給者番号			生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
フリガナ					保健師による相談の希望がある場合に、 [✓]を付ける	<input type="checkbox"/> 希望あり	
氏名					電話番号1		
住所					電話番号2		
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)							
※ 県が申請書を受理後、受給者証がお手元に届くまで、郵便事情にもよりますが、概ね2週間程度かかります。							
特例	[✓]を付ける						

保護者 受診者が18歳未満の場合に記入	フリガナ			受診者との続柄	電話番号
	氏名				() -
	住所				

医療保険 (必ず記入してください。)	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・共済組合・船員保険				
	保険者名称					
	被保険者氏名			保険記号・番号		
	受診者と同じ医療保険に加入している方について記入してください。	氏名	受給者との続柄	香川県指定難病受給の有無(受給者番号)	市町村民税額	自己負担上限額
		受診者	本人	無・香川県指定難病()	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・香川県指定難病()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	
				無・香川県指定難病()	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・香川県指定難病()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	按分 有・無 ()円	
		無・香川県指定難病()	非(80万円超・80万円以内)均・所()円	資格認定 認定 不認定		

→ 裏面も必ず、記入して下さい。

【県使用欄】	①必要書類	②臨床コピー	③同意書コピー	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。）

主に利用している病院、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（必ず記入して下さい。）	名 称	所 在 地	指定の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 薬局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

②介護保険について

該当する番号に ○印をつけてく ださい。	要介護度（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
	要支援（ 1 ・ 2 ）
	なし

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