

特定医療費(指定難病)支給認定申請書【新規 変更 再発行(紛失 破損・汚損) 転入】

□ □ □ □ □

必ず記入してください。	香川県知事 殿 私は、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況・小児慢性特定疾病医療の受給状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て、下記の通り特定医療費の支給を申請します。		年 月 日		【県使用欄】		受付票 渡・送		自己負担上限額 □生保 0円 □低所得Ⅰ 2500円 □低所得Ⅱ 5000円 □一般Ⅰ 10000円 □一般Ⅱ 20000円 □上位 30000円					
	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に <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		(申請者氏名)		郵送 持参(本人・家族)		特例 □高長 □人工 □按分 ( )円		認定(□一般 □軽高) 不認定(□診 □重)					
	申請者：受診者本人(受診者が18歳未満の場合は保護者)		疾病名		受給者番号		生年月日		□大 □昭 □平 □令		年 月 日			
	フリガナ		氏名		住所		電話番号1		電話番号2					
	R7年中の受診者・保護者の 非課税収入の状況		①受給している年金等の種類 □受給なし(→②、③は記入不要) □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)		②年間受給額		□82.65万円以内 □82.65万円超		③支給元		□日本年金機構 □その他 ( )			
	特例 該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける		□ 軽症高額該当		□ 高額かつ長期		□ 人工呼吸器等装着者							
	医療費助成の開始日		申請日から1か月を超えての遡りを希望する場合は、以下いずれかの理由が必要です。 ※必ずしも1か月を超えて遡ることができるわけではありません。											
	臨床調査個人票に記載の 「診断年月日」、又は「軽症高 額の基準を満たした日の翌日」 まで遡って決定されます。 ただし、申請日から1か月(右 記の理由が認められる場合は3 か月)を超えて遡ることはでき ません。		□ 理由がない □ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため □ 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 □ 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 □ その他 ( )											
	医療保険 (必ず記入してください。)		保険者名称		被保険者氏名		生活保護を受給 している場合に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける		記号		番号		枝番	
	受診者		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)		R8.1.1時点の住民票の市区町村 (上記の受診者住所と同じ場合、記入不要)		氏名		県使用欄 (市町村民税額)			
受診者		本人		□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
				□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
				□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
				□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
				□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
				□無 □指定難病 □小児慢性 ( )		都道府県 市区町村		非(82.65万円 □超 □以内) □均 □所( )円						
【県使用欄】		必要書類 <input type="checkbox"/>		臨床 スキャン <input type="checkbox"/>		受付日		年 月 日		□ 2回目チェック		マイナンバー		
有効期間 開始日		年 月 日		有効期間 終了日		年 月 日		提出(□了 □不備)		□登録済 □未提出				

→ 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

※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登録者証について（受給者証又は重症度不認定通知でも、登録者証に代えることができます。）**

登録者証申請	登録者証を <input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない
	※障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

こちらの欄が未記入であったときは、『申請しない』とさせていただきます。

**③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	〒 □□□ - □□□□	

**④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		〒 □□□ - □□□□	— —

**⑤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
		— —

**⑥療養状況・保健師への相談希望について**

この項目及び臨床調査個人票は、県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。同意いただける方のみ記入してください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（⇒後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない

**以下県使用欄のため、記載不要です。**

医療機関コード		指定医番号	
保険者番号	宛名区分	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 異送付先	登録者証紙発行 <input type="checkbox"/>
備考欄			