

特定医療費(指定難病)支給認定 申請書(新規)

受診者	ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	生年月日				
	氏名				大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	住所	※住民票に登録されている住所を記載してください 〒 -			独居	<input type="checkbox"/>	電話番号	- - - -	
	個人番号						本年1月1日の 住民票市区町村	都道府県	市区町村
	保険種別 <small>該当するものに☑</small>	<input type="checkbox"/> 社保(共済含む) → ①を記入 <input type="checkbox"/> 国保(国保組合含む) → ②を記入 <input type="checkbox"/> 後期高齢 → ②を記入 <input type="checkbox"/> 生活保護 → ①②記入不要※ ※ただし、保険に加入している場合は要記入			裏面記載の障害・遺族年金等の受給の有無及び年額	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、裏面記載の障害年金等の番号 () 当該年金額が82万6,500円を超える (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) 82万6,500円以下の場合、年額 () 円)		
	保険者名				保険者番号				
	病名				記号番号	記号		番号	

① 被保険者	ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受診者との続柄	生年月日			
	氏名				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	個人番号						本年1月1日の 住民票市区町村	都道府県

② 受住民票及同一中世帯生員以下員を除く	ふりがな	個人番号 <small>※受診者と同ー保険加入者のみ記入</small>				保険種別	性別 生年月日	本年1月1日の 住民票市区町村	続柄
							<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村
						<input type="checkbox"/> 社保・共済 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	
						<input type="checkbox"/> 社保・共済 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	
						<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保・共済	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	
						<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	
						<input type="checkbox"/> 社保・共済 <input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	
						<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保・共済	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	都道府県 市区町村	

自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------

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	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <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
-----------------------------	-------	--	------------------------------

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。
 年 月 日 大分県知事 殿

ふりがな		受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子
申請者氏名			<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
申請者住所	〒 -	電話番号	- -

【臨床調査個人票の研究利用についての同意】

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、別添「研究利用に関するご説明」とおり、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。
 年 月 日 厚生労働大臣 殿

受診者氏名	
法定代理人氏名	※受診者が未成年や成年被後見人の時のみ記載

受給者番号

受付印

認定状況 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 現在、特定医療費(指定難病)受給者証を所持している。【今回、疾患追加申請】 (受給者番号:)
	<input type="checkbox"/> 過去、特定医療費(指定難病)受給者証を所持していた。【今回、再申請】 (受給者番号:)
	<input type="checkbox"/> 同一世帯に特定医療費(指定難病)受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証を所持している人がいる。 (該当者氏名: <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 受給者番号:)

指定医療機関	医療機関等名称	所在地
受診中もしくは受診予定の医療機関・薬局・訪問看護事業者を記入 *申請時、大分県もしくは他都道府県で指定されている医療機関等であることを確認してください。	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	

※前年に下記障害年金・遺族年金等の給付がある場合は、その番号を表面に記載してください。

(1)	国民年金法に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金
(2)	厚生年金保険法に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに昭和六十年法律第三十四号第三条の規定による改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金
(3)	船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに昭和六十年法律第三十四号第五条の規定による改正前の船員保険法に基づく障害年金
(4)	国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金
(5)	地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金
(6)	私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金
(7)	厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第六項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第二十五条第四項に規定する特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの
(8)	特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく特別障害給付金
(9)	労働者災害補償保険法に基づく障害補償給付及び障害給付
(10)	国家公務員災害補償法(他の法律において準用する場合を含む)に基づく障害補償
(11)	地方公務員災害補償法に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの
(12)	特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による福祉手当

※代理人が申請手続きをする場合に記入

委任状	代理人 氏名	生年月日
	住所	続柄
	連絡先	
	私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ※委任しない事項は二重線を記入。	
	(委任する内容) 1 特定医療費(指定難病)支給認定申請に係る手続き 2 特定医療費(指定難病)受給者証の受領【認定の場合】 3 特定医療費(指定難病)支給認定申請の却下通知の受領【却下の場合】 4 その他()	
	委任者 氏名	住所