

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・医療機関追加・再交付）（※1）

病名					受給者番号 <small>（※2）</small>				
受診者	フリガナ				性別	男・女	生年月日		
	氏名						年齢	歳	年月日
	住所	〒 -			電話（日中連絡の取れるもの）				
	加入医療保険	フリガナ				受診者との続柄			
		被保険者氏名					被保険者証の記号・番号		
保険種別		国保・協会けんぽ・健組・共済・生保 国組・後期高齢・その他（ ）							
被保険者証発行機関名									
文書送付先	本人・本人以外 <small>※本人以外の場合、右欄の氏名・住所等を記入</small>	本人以外氏名	住所		本人以外住所	〒			
保護者 <small>※3</small>	フリガナ				住所 <small>※受診者と異なる場合のみ記入</small>	受診者との続柄			
	氏名					電話番号			
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	軽症高額特例			
受診者と同じ医療保険世帯内で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者の有無		(指定難病・小児慢性) 氏名		受給者番号					
有・無 ※「有」の場合、右欄を記入		(指定難病・小児慢性) 氏名		受給者番号					
受診を希望する (指定)医療機関 薬局 訪問看護事業者等 ※もれのないよう にお書きください。 記入がなければ 医療費助成が 適用されません。	医療機関名			所在地					
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。									
申請者氏名				年 月 日		宮崎県知事 殿			

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、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、別添「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同意します。								
申請者氏名				年 月 日		厚生労働大臣 殿		

※1 いずれかに○をする。 ※2 新規以外の場合のみ記入。
 ※3 受給者が18歳未満の場合等に記入。

裏面もご記入下さい

●保健所記載欄

<input type="checkbox"/> 軽症特例該当	<input type="checkbox"/> 高額長期該当	自己負担区分及び上限額	円	適用区分	システム入力	審査結果	発行
統合宛名番号 (受診者)							

●現在の状況について教えてください（該当する番号に○をつけてください）

日常生活状況について		現在利用しているサービス・医療機器等について	
1 仕事についている		1 訪問看護	6 気管切開
2 通学中		2 在宅酸素	7 持続点滴
3 家で介護を受けずに療養中		3 吸引器	8 膀胱留置カテーテル
4 家で介護を受けながら療養中		4 人工呼吸器	9 人工透析
5 入院中（ 指定難病・その他 ）		5 経管栄養	10 その他
6 施設入所中		（胃ろう、経腸、鼻腔）	（ ）
7 その他（ ）			
身体状況		介護保険の利用状況	
1 1人で歩くことができる		1 あり（要支援・要介護 ）	2 なし
2 支えがあれば1人で歩くことができる		居宅介護支援事業所（ ）	
3 人の助けがあれば歩くことができる		家族	
4 車いすなら移動できる		1 1人暮らし	2 家族等と同居
5 ねたきり（ 介護者 有 ・ 無 ）			

●支給認定基準世帯員（氏名、続柄、マイナンバー等をご記入ください）

○世帯員の氏名・続柄

・世帯内で受診者と同じ医療保険に加入する方すべてをご記入ください。

○マイナンバー

・受診者と申請者は必須です。

・「市町村国保・国民健康保険組合、後期高齢者医療広域組合」に加入されている場合は、世帯全員のマイナンバーをご記入ください。

・上記以外の被用者保険に加入されている場合は、受診者と被保険者のマイナンバーをご記入ください。

○本年1月1日時点の住民票所在地

・マイナンバー記入該当者であって、現住民票に記載されている住所と異なる場合のみご記入ください。

	氏名（フリガナ）	受給者との続柄	生年月日	マイナンバー										本年1月1日時点の住民票所在地 ※現住民票に記載されている住所と異なる場合のみ記載				
	氏名（漢字）													都道府県	市町村			
受診者		本人															都道府県	市町村
世帯員 氏名																	都道府県	市町村
世帯員 氏名																	都道府県	市町村
世帯員 氏名																	都道府県	市町村
世帯員 氏名																	都道府県	市町村
世帯員 氏名																	都道府県	市町村

●年金及びその他手当（障害年金、遺族年金等）の受給について

本人の障害年金等受給の有無：（ 有 ・ 無 ）

※有 の場合は、下記の該当するものに☑してください。

※非課税世帯で下記の年金等が 有 の場合は、該当する年金等の金額がわかる書類の提出が必要です。

<input type="checkbox"/> 障害基礎年金・遺族基礎年金・寡婦年金	<input type="checkbox"/> 障害補償給付・障害給付
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金・障害手当金・遺族厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害補償
<input type="checkbox"/> 障害共済年金・障害一時金・遺族共済年金	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当・障害児福祉手当・
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	特別障害者手当・福祉手当