

受給者番号	高額・人工	世帯按分

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・転入）

受診者 (患者)	フリガナ	ナガノ ヨシコ										年齢	満56歳	
	氏名 (個人番号)	長野 良子										生年月日	昭和37年 11月 23日	
		マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9		0	1
	郵便番号	〒3580-8570				電話	(自宅)026-235-7150				(携帯)090-1234-5678			
	住所	長野市長野字幅下692-2												
	加入医療保険	被保険者氏名	長野 一郎						受診者との続柄	本人・ 家族				
		被保険者証発行機関名	〇〇健康保険組合				被保険者証の記号・番号							
	介護保険	要介護・要支援認定	有・ 無			生活保護受給	有・ 無							
指定難病名	全身性エリテマトーデス、多発性嚢胞腎													
児童の保護者 (18歳未満)	フリガナ													
	氏名 (個人番号)													
	住所													

※申請するすべての疾病名を記入してください。
 全ての方がいずれかにチェックをお願いします。
 軽症者特例については、申請のご案内9頁もあわせてご覧ください。

軽症者特例による支給認定	軽症者特例による支給認定申請について（該当するものに☑）	<input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない
	特定医療費の支給は、指定難病にかかっていると認められる方で、国が定める重症度分類に該当する方が対象となりますが、重症度分類に該当しない方であっても、申請月以前の12月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が3月以上ある場合は「軽症者特例」として、支給対象となります。（医療費総額には入院時食事（生活）療養標準負担額は含みません。） 「軽症者特例」に該当すると思われる方は、「する」に☑をして、医療費申告書に医療費総額が確認できる書類（領収書・診療明細書・調剤明細書など）を添えて提出してください。（重症度分類に該当するかどうかについては、医療機関にご確認ください。）		

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期	※「高額かつ長期」とは支給認定を受けた月以降の月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が年6回以上ある方をいいます。
今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険加入者に限る）に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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>（有の場合は裏面の支給認定基準世帯員の欄に記載）</small>

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（注） (更新申請時は原則記入不要)	令和5年 11月1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 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
--	------------	---

臨床調査個人票の「診断年月日」、「軽症高額に該当した日の翌日」等。 申請日から原則1か月前（やむを得ない理由がある場合は最長3か月前）の日まで遡れます。	患者氏名 長野 良子 (代理人氏名※)	左記の欄が申請日の1か月以上前の年月日となっている場合は必ずチェックしてください。 ① 研究開発等に利用されることに同意します。	保健所収受印欄
※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、カッコ書きで代理人の氏名も署名してください			
令和6年 10月1日			〇〇保健所長 様

(注) 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし、遡り期間は原則申請のあった日（保健所長又は中核市長の申請受理日）から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。

保健所記入欄	決定事項	審査	年月日	臨個票	住民票	課税額	保険証	同意書	その他()	
	申請者の本人確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()							
		2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得・課税証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()							
	受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()								
	「世帯」市町村住民税課税状況	・市町村民税非課税 ・市町村民税(所得割) 課税年額合計 円						非課税：対象患者の収入金額計 円		
	区分	一般・高額長期・人工呼吸器・※複数患者按分・境界層該当					生保・低I・低II・一般I・一般II・上位			
自己負担上限月額	円(※按分前自己負担上限月額 円)									
保険適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・VI・V・IV・III・II・I・未加入									

裏面も必ずご記入ください

(裏面)

支給認定基準世帯員 受診者が国保・後期高齢医療保険に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員（受診者と同一の世帯に属する方（住民票が別の方を含む）に限る。）の氏名、個人番号等を記入してください。

受診者が被用者保険（※1）に加入している場合は、受診者、被保険者のほか同じ被用者保険に加入する指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者、同医療費助成を申請中の方の氏名等（個人番号は被保険者の方のみ）を記入してください。

世帯員氏名 (個人番号マイナンバー)											受診者との続柄		医療保険の種別 (該当するものに○)	被用者保険(※1)の被保険者 本人に○	指定難病・小児慢性特定疾病の受給者(※2)(受給者番号)	税証明 (提出有りに○)	市町村民税 (所得割) 課税年額	
長野 良子											本人		国保・後期 被用者		難病・小児 ()		円	
フリガナ 長野 一郎											夫		国保・後期 被用者	○	難病・小児 ()	○	円	
2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3											子		国保・後期 被用者		難病・小児 ()		円	
フリガナ 長野 花子											子		国保・後期 被用者		難病・小児 ()		円	
フリガナ 長野 太郎											子		国保・後期 被用者		難病・小児 (1 2 3 4 5 6 7)		円	
フリガナ													国保・後期・被用者		業 ()		円	

市町村民税非課税世帯の方は、自己負担額の決定に必要となりますので、こちらの枠内も記載をお願いします。

※1 被用者保険：市町村国保、国民健康保険組合、後期高齢者医療制度以外の保険

※2 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費支給認定申請中の方を含む

他都道府県からの転入者の方のみお答えください。（該当するものに☑）

転入前の支給認定基準世帯員（自己負担額を決定する時の世帯）と変更が 有 無

市町村民税非課税世帯の方のみお答えください。（該当するものに☑）

市町村民税非課税世帯（均等割と所得割のいずれも非課税）の方については、自己負担上限月額（階層区分は[低所得Ⅰ]又は[低所得Ⅱ]に該当しますが、さらに、受診者（又は児童の保護者それぞれ）の前年（1～6月申請の場合は前々年）の年収が80万円以下の場合、より低額な階層区分[低所得Ⅰ]に該当します。年収の確認のため以下の障害年金などを受給している場合は、受給額が確認できる書類を提出してください。

なお、年収（障害年金等の受給額を含む）が明らかに80万円を超えている場合は書類の提出は不要です（提出がない場合は低所得Ⅱとなります）。

次の障害年金などを 受給している 受給していない

受診を希望する指定医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者を含む）

医療機関名		所在地		医療機関コード (保健所記入欄)
××病院		長野市南長野1-1		
△△薬局 □□店		長野市南長野1-5		
○○訪問看護ステーション		長野市南長野3-4		

受診者（又は児童の保護者）以外に医療受給者証等の送付を希望される場合に記入してください。

住所		〒	
氏名		受診者との関係 () 電話 ()	

研究利用の同意について 本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）のうち、研究利用の同意のあった方の診断書は厚生労働省のデータベースに登録され、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等に活用されます。また、臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。同意をいただいた後も、その同意を撤回することができますが、同意の撤回前に既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。なお、同意については、任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。詳細は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」をご確認ください。