

記載例

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

（表面）

岐阜県知事 様 令和 年 4 月 1 日

支給認定（支給認定の変更の認定）を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（第10条第1項）の規定により、下記のとおり申請します。また、申請書の情報が県のセミナーや患者会など難病対策事業の案内に使用されることに同意します。

受給者番号		（記入不要）		（受給者番号は、更新又は変更の場合のみ記載してください。）	
患者（受診者）	フリガナ	ギフ タロウ		年齢	
	氏名	岐阜 太郎		歳	平成8 年 月 13 日
	郵便番号	〒 500 - 8570		電話番号	058 - 272 - 1111
	居住地（住所）	岐阜市藪田南2丁目1番1号		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
加入医療保険	保険種別番号	5		被保険者氏名	患者との続柄
	保険者名	岐阜市		岐阜 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者の（ ）
フリガナ	ギフ タロウ		患者との関係		
氏名	岐阜 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		
申請者	（郵便番号、電話番号及び住所は、申請者が患者本人の場合のみ記載してください。）		「保護者」は、申請時点で患者が18歳未満の場合のみ選択できます。		
	郵便番号	〒 -			
	居住地（住所）			個人番号（申請者が保護者の場合のみ記載）	
受給者証等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者居住地 <input type="checkbox"/> 下記に送付		保護者が申請する場合は、保護者の個人番号を記入してください。		
指定難病の名称（病名）	潰瘍性大腸炎		複数の指定難病の認定を受けている場合は、すべての病名を記入してください。		疾患コード
受診を希望する指定医療機関	医療機関の名称		所在地		利用される代表的な指定医療機関をご記入ください。
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（備考5,7）	令和 年 3 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】 臨床調査個人票の最終ページ「診断年月日」欄が未記入の場合は未記入で構いません。 書類の準備等により		医療費の総額が 33,330 円を満した最終月（3月目）の日付の翌日を記載してください。不明な場合は未記入で構いません。
診断年月日（備考6,7）	令和 年 2 月 5 日		軽症高額の基準を満たした日の翌日（軽症者特例の申請をしない場合は記載不要）（備考7）		年 月 日
自己負担上限額の特例（該当する場合は「○」を付けてください。）	人工呼吸器等装着	患者と同じ医療保険上の世帯内にいる者のうち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（該当がある場合のみ記載）		医療費助成制度	受給者番号
	高額かつ長期			<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
	軽症者特例			<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
	重症患者認定			<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	

特例について申請する際は、○を記入して下さい。

患者と同一の「医療保険上の世帯内（支給認定基準世帯員）」に特定医療費（指定難病）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証を所持している方（申請中を含む）は、その方の受給者番号と氏名を記入して下さい。
※受給者証の写しの添付が必要です。

保健所名	保健所		医療課
申請受理日	年 月 日		
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無
非課税・課税	[]	コード	
<input type="checkbox"/> 疾患追加変更 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 階層 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 按分	コード	→
マイナンバー連携	有・無		

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 5 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（臨床調査個人票に記載された診断年月日）若しくは軽症高額の基準を満たした日の翌日又は申請日から1か月前の日（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か月前の日）のいずれか遅い日まで遡ることとします。そのため、申請日にかかわらず、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を記載してください。
 6 「診断年月日」は、臨床調査個人票に記載された診断年月日を記載してください。
 7 「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」、「診断年月日」及び「軽症高額の基準を満たした日の翌日」は、更新申請の場合、原則記載不要です。

支給認定基準世帯員					
<p>「1月1日時点の住民票の市町村」は、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。ただし、更新申請の場合は、申請日にかかわらず、本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。</p> <p>※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。</p>					
氏名	続柄	市町村名	氏名	続柄	市町村名
フリガナ 氏名	本人		/		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		

○臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意
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の活用を希望し、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ことを希望します。

申請者（患者）氏名 **岐阜 太郎**

臨床調査個人票の研究等への利用に関して同意される場合は署名をしてください。
(岐阜市在住の方) 下段「○支給認定に係る情報の提供に関する同意について」についても、○を記入してください。

※患者本人か保護者（患者が18歳未満の場合）の氏名を記入

○支給認定に係る情報の提供に関する同意について ※患者又は保護者の住所が岐阜市の場合のみ記載
支給認定事務を円滑に実施するため、支給認定に係る情報を岐阜県から岐阜市へ提供することに同意します。

はい ・ いいえ

○登録者証申請 申請する ・ 申請しない

※「申請する」を選択した場合、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
※原則として、マイナンバー情報連携を活用します。

登録者証の発行を希望する場合は、「申請する」に○を記入してください。

委任状

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

岐阜県知事 様

年 月 日

委任者 (患者又は保護者) 住所 _____
氏名 _____

私は下記の者を代理人として、指定難病特定医療費の支給認定申請に関する権限を委任します。

記

代理人 住所 〒 _____ TEL _____

氏名 _____ [委任者との関係 _____]

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。

(参考) 保険種別番号の一覧

保険種別		加入医療保険	保険種別		加入医療保険
被用者保険	1 協会健保	全国健康保険協会	国民健康保険等	5 国保一般	国民健康保険
	2 健康保険組合	健康保険組合		6 国保退職	国民健康保険 退職者
	3 共済組合	共済組合		7 後期高齢	後期高齢者医療
	4 船員保険	船員保険		8 国保組合	国民健康保険組合

※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。