

保健所 使用欄	添付書類	変更内容等	
	臨個票・保険証・税証明 上限管理(写)・生保証明書 受給証(写)・住民票 その他()	更新	変更同時(あり・なし)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書 **更新・転入・変更(疾病追加を除く)**

広島県知事 様

- 特定医療費(指定難病)支給認定の申請に当たり、次の事項に同意します。
- ・申請内容が、保健所の保健指導、市町が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として使用されること。
 - ・災害時、個人情報の慎重な取扱いが必要な患者(DV被害者等)の氏名、住所及び生年月日については、安否不明者の情報として公表しないようにするため、県、県警及び市町で使用されること。
 - ・患者及び世帯員(以下「患者ら」という。)の医療保険上の所得区分を、患者らが加入する医療保険者から報告を求めること。
 - ・必要がある場合には患者らの個人番号を特定すること。
 - ・患者らの個人番号から、患者らの課税状況、収入及び医療保険の資格情報を調査し、自己負担上限額を決定すること。
 - ・更新申請の際、患者らの医療費を調査し、要件に該当する場合は軽症高額の認定を行うこと。

厚生労働大臣 様

提出した臨床調査個人票の情報が、別紙「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」のとおり、
 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 同意しません。 ※チェックがない場合は、同意したものとみなします。

年 月 日 申請者氏名 _____

※申請者は、患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合)となります。

患者に関する事項	ふりがな 氏名			生年月日	受給者番号(転入を除く)
				大・昭 平・令 年 月 日	
	住所	〒 _____			
	電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記載してください。			
	加入する 医療保険	保険の名称		記号・番号	

郵便物の送付先(上記1の住所と異なる住所に送付を希望される場合は送付先、18歳未満の場合は保護者の連絡先を記入してください。)

〒 _____ 送付先の宛名: _____ 様【続柄: _____】
 送付先の電話番号: _____

特例(該当する事項にチェック☑し、必要事項を記入してください。)			添付書類
(1) 軽症高額	重症度分類による基準を満たさない方が対象		次のいずれか ・自己負担上限額管理票の コピー(新規申請除く) ・領収書・明細書のコピー 及び医療費申告書 ・軽症高額・高額長期証明書
	<input type="checkbox"/> 上記1の病名の治療にかかった医療費総額(10割相当額)が33,330円を超えた月数が、申請月を含む過去12か月以内に3回以上あった。		
(2) 高額かつ長期	市町村民税課税世帯の自己負担上限額の減額		
	<input type="checkbox"/> 上記1の病名の治療にかかった医療費総額(10割相当額)が50,000円を超えた月数が、申請月を含む過去12か月以内に6回以上あった。		
(3) 人工呼吸器等	自己負担上限額の減額		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を1日中使用している。		
(4) 世帯内按分	自己負担上限額の按分		該当者の受給者証のコピー
	<input type="checkbox"/> 同じ医療保険の世帯員に指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる。		
	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号 氏名	
	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号 氏名	

※裏面も必ず記入してください。

本庁 使用欄	<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更(疾病追加以外)	住所・保険・高長・按分・人工 送付先・その他()	自己負担上限額 円
	認定期間 / ~ /	階層変更(あり・なし) A・B・C・D・E・F	

支給認定基準世帯員（患者が加入する医療保険を確認の上、記入してください。）

患者が加入する医療保険	記入が必要な方
・市町村の国民健康保険 ・後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する <u>16 歳以上の方全員</u> を記入してください。
・国民健康保険組合 （建設国保、医師国保など）	住民票上が異なる場合も含めて、患者と同じ医療保険に加入する <u>16 歳以上の方全員</u> を記入してください。
・上記以外の医療保険 （会社の健康保険、共済など）	住民票が異なる場合も含めて、患者と被保険者（医療保険の加入者）を記入してください。

※1月1日時点の住所を記入してください。

	氏名（支給認定基準世帯員）	患者との続柄	区 分	窓口確認欄 （記入しないでください）	
				被保険者	備 考
患者	氏名：	本人	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				
(1)	氏名：		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日				
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				
(2)	氏名：		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日				
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				
(3)	氏名：		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課 税		
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日				
	住所： 都・道・府・県 市・区・町・村				

収入に関する申立て（市町村民税が非課税の世帯の方は次のいずれかにチェック☑してください。）

- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は80万円を超えるため、低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）に該当します。（下欄に記入不要）
- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は80万円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額2,500円）に該当します。
年間収入額は下欄①～③とその合計額のとおりです。（下欄に記入及び関係書類添付）

※年間収入額とは、次の「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他収入」を合計した額です。

※上記にチェックがない場合や、個人番号を利用し年間収入額が80万円を超えることが確認できた場合は、低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）と認定します。

収入の種類	年間収入額		
① 市町村民税非課税証明書の合計所得金額	円		
② 公的年金収入額	円		
③ その他収入（該当するものに○を付けてください。）	円		
障害基礎年金		障害厚生年金	障害共済年金
遺族基礎年金		遺族厚生年金	遺族共済年金
特別児童扶養手当		障害児福祉手当	経過的福祉手当
特別障害者手当		特別障害給付金	障害補償給付
受給なし			
①～③の合計額	円		

※年金証書、給付決定通知書、入金記録のある預金通帳など、受給額の分かる書類のコピーを添付してください。

