

保健所欄	提出方法	来・郵	担当者名	
代理	委任状・戸籍・登記		変更同時	有 <input type="checkbox"/>
	免許・マイナ・旅券・手帳		住所・氏名・送付先・医療保険・階層・高額かつ長期・人工呼吸器・按分・世帯員	その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 臨隔票 <input type="checkbox"/> 医療保険確認書類 <input type="checkbox"/> 受給証(写) <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 上限管理(写) <input type="checkbox"/> 生保証明書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

更新 ※受付期間：令和8年8月3日(月)まで

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。
- ・必要があれば患者及び支給認定基準世帯員の個人番号を特定し、課税状況や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。
- ・指定医の診断書(臨床調査個人票)に関して確認すべき事項があった場合に、当該指定医へ直接照会すること。

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
	住所	〒 ー		
	電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記載してください。		
	病名			
	加入する医療保険	保険の名称	記号・番号	

郵便物の送付先※ 上記住所と異なる住所に送付を希望する場合のみ、記入してください。(送付先は【保護者・親族・成年後見人】に限る。)

〒 ー	送付先の宛名： 様【保護者・親族・成年後見人】
	送付先の電話番号：

自己負担額の特例（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

<input type="checkbox"/>	軽症高額	重症度分類による基準を満たさない方が対象 ・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。	次のいずれかを添付 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票のコピー	
<input type="checkbox"/>	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 ・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。	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書のコピー及び医療費申告書 <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書	
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等	自己負担上限額の減額 ・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。		
<input type="checkbox"/>	世帯内按分	自己負担上限額の按分 ・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"/> 按分相手の受給者証のコピーを添付	
		<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

※裏面も記入してください。

自己負担上限額（本庁）	軽高	高長	人工	按分	情報連携(本庁) (保険・税金)
円					

**支給認定基準世帯員** ※ 患者が加入する医療保険にチェック返し、必要事項を記入してください。

患者が加入する医療保険		記入が必要な方（支給認定基準世帯員）
<input type="checkbox"/>	国民健康保険（市町国保・国保組合）	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員。
<input type="checkbox"/>	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方全員。
<input type="checkbox"/>	上記以外（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）のみ。



※住所は、令和8年1月1日時点の「課税地」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	保健所欄	
				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のみ、次のいずれかにチェック返し、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	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82万6500円を超えるため、 <u>低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）に該当します。</u> （下欄の記入不要）
<input type="checkbox"/>	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82万6500円以下のため、 <u>低所得Ⅰ（自己負担上限額2,500円）に該当します。</u> （下欄に記入及び関係書類を添付）



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 ※ 給与所得を有する者は、合計所得金額から10万円を控除。 ※ 公的年金等の収入金額が82万6500円以下の場合は、合計所得金額から公的年金等の収入金額に係る雑所得を控除。	円
② 公的年金等の収入金額	円
③ その他収入 ※ 該当するものに○を付け、年金証書や給付決定通知書など、受給額のわかる書類のコピーを添付。 障害基礎年金 障害厚生年金 障害共済年金 特別児童扶養手当 特別障害者手当 経過的福祉手当 遺族基礎年金 遺族厚生年金 遺族共済年金 障害児福祉手当 特別障害給付金 障害補償給付 受給なし	円
合 計	円

※年間収入額とは、「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82万6500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。