

特定医療費(指定難病)支給認定/登録者証(指定難病)申請書(新規・更新・変更)(※1)

病名		*受給者番号(※2)									
受診者/要支援者	フリガナ				年齢	生年月日					
	氏名				歳	昭和 平成 令和	年	月	日		
	個人番号	登録済・未登録									
	住所	〒									
	電話番号	( ) -			携帯電話番号	- -					
	加入医療保険	フリガナ				受給者との続柄					
		被保険者氏名									
		<input type="checkbox"/> 市町村国保		<input type="checkbox"/> 国保組合		<input type="checkbox"/> 後期高齢		<input type="checkbox"/> 社保			
		保 険 者 名									
	【職員記入】 目視確認の場合 <input type="checkbox"/> 確認済 氏名:	*健康保険者コード					*高額療養費 適用区分				
健康保険者証記号・番号											
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(※3,4)	令和	年	月	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 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( )						
保護者(※5)	フリガナ				受診者/要支援者との関係						
	氏名										
	個人番号	登録済・未登録			電話番号						
	住所										
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期							
	<input type="checkbox"/> 軽症者特例										
*所得階層区分	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位			<input type="checkbox"/> 障害年金等受給(※6)							
登録者証申請(※7)	<input type="checkbox"/> 申請する (紙交付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			<input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 発効済(発行自治体名: )							
私は、上記のとおり、特定医療費/登録者証(指定難病)の支給を申請します。											
年 月 日											
福井県知事 様					申請者氏名 (受診者または保護者)						
*保健所名	保健所		*認定期間	年	月	日	~	年	月	日	

【裏面も必ず記入してください。】

(裏面)

臨床調査個人票の研究等への利用について(任意)(※8)

私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成または登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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。

年 月 日

厚生労働大臣様

受診者署名

申請者氏名

(※9)

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

	世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄	指定難病または小児慢性(受給者番号)
1		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性( )
2		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性( )
3		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性( )
4		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性( )
5		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性( )

受診者の療養状況等

身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	種 級	年 月 日 取得
介護保険の要介護認定	<input type="checkbox"/> 1 有 ( ) <input type="checkbox"/> 2 無		
生活・療養の状況	社会活動	1、就労 2、就学 3、家事労働 4、在宅療養 5、入院 6、入所 7、その他	
	日常生活	1、正常 2、やや不自由であるが独力で可能 3、制限があり部分介助 4、全面介助	
	医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 時間/日	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素

受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む。)

<市町における災害時要支援者名簿の作成について>

平成25年6月に災害対策基本法が改正され、市町において避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられました。これにより、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、県は市町の求めに応じて特定医療費(指定難病)支給認定申請書の内容(氏名等の基礎情報や療養状況、人工呼吸器の使用状況等)を提供することがあります。これは、災害時の要支援者への対応をより充実することを目的としており、本目的以外には用いられませんので、ご承知ください。

<記入要領>

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 更新または変更の方のみ記入。
- ※3 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また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。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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。
- ※4 更新の場合は、原則、記入不要。
- ※5 受診者が18歳未満の方のみ記入。住所は受診者本人の住所と異なる場合のみ記入。
- ※6 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合、受診者または保護者が以下の年金等を受給している場合は、年金証書、給付決定通知書、入金記録のある通帳など受給額のわかる書類の写しを添付すること。(障害基礎・障害厚生・障害共済年金、遺族基礎・遺族厚生・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、その他)
- ※7 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービスなどの公的サービス利用時に、当該サービスを利用する公的機関が、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。
- ※8 別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、同意をされる方は署名をお願いします。
- ※9 申請者氏名については、患者が未成年または成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

※連絡先および受給者証の送付先が受診者以外の場合にご記入ください。

連絡先	住所			
	氏名	電話番号	受診者との続柄	
送付先	住所			
	氏名	電話番号		