

(表)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 （新規・更新・ <b>変更</b> ）	受給者番号 .....
---	----------------

次のとおり、特定医療費の支給を申請します。

年 月 日

静岡県知事 様

申請者	フリガナ		生年月日	大・昭平・令 年 月 日 (満 歳)			
	氏名	(印)		性別	男・女	職業	
	住所	郵便番号 -			電話番号		
					自宅	-	-
				携帯	-	-	
	1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	※1月から6月までに新規申請する場合：前年の1月1日在住の市区町村 ：当年の1月1日在住の市区町村 その他の場合			
	加入医療保険	保険者名(称)		保険種別	国保(組合)・後期 組合・協会けんぽ・共済 その他( )		
		記号・番号 (被保険者番号)					
		被保険者名		受診者との関係			
	個人番号	記入不要：個人番号に変更があった方や個人番号を新たに提出する方は保健所に申出てください。					
保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄を記入してください（この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。）。						
	フリガナ		受診者との関係	電話番号			
	氏名	(印)		自宅	-	-	
				携帯	-	-	
住所	郵便番号 -			個人番号（保護者のみ記入）			
記入不要							

申請内容の問合せ先・書類の送付先（申請者と異なる場合に、記入してください。）

	氏名・フリガナ	受診者との関係	住所	電話番号
問合せ先			郵便番号 -	- -
書類の送付先			郵便番号 -	- -

指定難病の名称					
負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着（臨床調査個人票に記載が必要）			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（負担上限月額管理票等の写しが必要）	
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当（領収書等の写しが必要）			<input type="checkbox"/> 寡婦控除等のみなし適用（戸籍謄本等が必要）	

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が「研究利用に関するご説明」のとおり、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ための基礎資料として利用されることを同意します。

受診者氏名 (印) (自署する場合は、押印は不要です。)

保護者氏名 (印) (受診者が18歳未満の場合のみ、保護者が記入してください。自署する場合は、押印は不要です。)

本申請書及びその添付資料を御提出いただいた時点で、申請書等の内容が静岡県が実施する以下の難病対策事業等にも活用されることに同意したものととなります。 ・医療保険における所得区分の確認のため、加入する保険者に情報を提供する。 ・難病をお持ちの方やその御家族に対する現状の施策向上や新規事業を検討するための資料とする。 ・保健所が行う訪問相談や医療相談の御案内に利用する。 ・自然災害発生に備えて市町と調整の上、支援が必要な方を事前に把握し、発災後の円滑な支援を行うための資料とする。	<b>裏面あり</b> (記入漏れ注意)
	受付印  

それぞれ該当する方に○をつけてください。	
負担上限月額の再算定の希望	あり ・ なし
受給者証の記載事項の変更	あり ・ なし

