

広げてご覧ください

## 特定医療費(指定難病)支給認定申請書の記入例(表面)

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						
		1	2	3	4	5	6	7
次のとおり、特定医療費の支給を申請します。 令和××年 ××月 ××日								
静岡県知事 様								
申請者	フリガナ	シズオカ ハナコ		生年月日	大(昭) ××年××月××日(満××歳)			
	氏名	静岡 花子		性別	男(女)	職業	主婦	
	住所	〒×××-××××		電話番号				
	①	沼津市□□町○-○ △△マンション××号室		自宅		055-XXX-XXXX		
	②	1月1日現在の住所所在地		静岡県 焼津市		※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 その他の場合：当年の1月1日在住の市区町村		
加入医療保険	保険者名(種)	負担上限月額の特例を希望する場合は忘れずに記入		国保(組合)・後期	被保険者番号			
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					
③	氏名			自宅	-			
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				
④	問合せ先	シズオカ カスコ 静岡 一子	母	〒×××-××××	055-XXX-0000			
⑤	書類の送付先			〒×××-××××	-			
⑥	指定難病の名称	「高額かつ長期」の基準により軽減を希望する場合は忘れずにチェックしてください。						
⑦	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 checked="" 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」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 (自署する場合は、押印は不要です。)								
保護者氏名 (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します。								
・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。								
それぞれ該当する方に○をつけてください。								
負担上限月額の特例の希望 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし								
受給者証の記載事項の変更 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし								

申請書を記入する際は、特定医療費(指定難病)受給者証等をお手元に用意ください。

### 【共通事項】

「申請者」欄以外は、原則として、変更がある箇所のみ記入してください。

- 負担上限月額の特例を希望する場合は忘れずに記入してください。  
令和2年1月1日現在の住所所在地(市区町村名)を記入してください。  
※住所所在地以外の自治体(居住地・勤務地等)から課税されている場合は、課税地の自治体名を記入してください
- 加入している医療保険に変更がない場合は、記入不要です。
- 受診者が18歳未満の場合に保護者が記入してください。
- 申請者と問合せ先が異なる場合や申請者の住所地以外に書類の送付を希望する場合に記入してください。(既に別送を受けている場合も記入してください。)  
申請者自身が問合せ先・送付先の場合は記入不要です。
- 疾患の変更や追加がない場合は、記入不要です。  
疾患変更や疾患追加がある場合は、臨床調査個人票の提出も必要になります。
- 以下の「負担上限月額の特例について」をお読みいただき、新たに、特例を申請する場合に該当欄に☑(チェックマーク)を記入してください。

### 負担上限月額の特例について

現在の特例の有無については、受給者証右上の有効期間上部をご確認ください。  
既に記載されている方は申請不要です。  
※1~3の番号は実際には記載されていません。  
※「寡婦控除等のみなし適用」は表示されていません。

	1 人工呼吸器等装着者	2 高額かつ長期	3 軽症者
有効期間	令和元年10月1日から 令和2年9月30日まで		
負担上限月額	10,000円	一般I	
入院時食費	全額自己負担		
世帯内受給者	なし		

負担上限月額の特例	必要書類等
1 人工呼吸器等装着者	「人工呼吸器に関する事項」が記載されている臨床調査個人票
2 高額かつ長期	申請月を含む直近12ヶ月の間に、医療費総額が50,000円を超える月の負担上限月額管理票6ヶ月分
3 軽症者 (軽症高額該当)	今回は申請不要です。

- 全員、記入が必要です。  
負担上限月額の特例の希望、受給者証の記載事項の変更について、あり・なしのいずれかに○をつけてください。

裏面あり  
(記入漏れ注意)

受付印

# 特定医療費(指定難病)支給認定申請書の記入例(裏面)

1 受診者と同一医療保険に加入する方を記入してください。  
 また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者(申請者)である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

⑧	世帯員氏名	続柄	受給資格 (該当するものに○印を付してください。)	1月1日現在の住所所在地 (受診者と異なる場合のみ記入)	⑩	個人番号
患者	受診者と同じ	本人	小児慢性			
1	静岡 太郎	夫	なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
2	静岡 一郎	長男	なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
5			なし・指定難病・小児慢性	都 道	市・区 町・村	
6			なし・指定難病・小児慢性		市・区 町・村	

この欄は、原則として記入不要  
 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のみ記入してください。

この欄は受診者と異なる場合のみ記入

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月からは当年の1月1日現在の市区町村を記入してください。

2 生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ※有の場合の保護決定者名(都道府県名又は市町村名)【 】
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	無 ・ 有 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者全て)の収入金額について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の種類の収入については記入する必要がありません。

⑪ 氏名	静岡 花子		氏名		
収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	0円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	0円	2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	0円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに新規申請する場合は(1月から12月まで)の収入金額、その他の場合は前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、必ず0円と記入してください。 該当の収入がない場合は、「0円」と記入

4 受療を希望する医療機関等(県外の医療機関等を含む。)

⑫	区分 (該当するものに○印を付してください。)	医療機関等の名称 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)	所在地
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等	〇〇病院	〇〇市〇〇町〇-〇
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等	〇〇診療所	〇〇市〇〇町〇-〇
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等	〇〇薬局〇〇店	〇〇市〇〇町〇-〇
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等		
病院 診療所	薬局 訪問看護 ステーション等		

追加や削除がある場合は、変更後の医療機関名をすべて記入  
 追加や削除がない場合は、記入不要

## 健康保険証について

記号と番号に分かれている場合と記号のみの場合があります。

⑬ 健康保険被保険者証  
 記号・番号 1234・5678  
 氏名 静岡 花子  
 被保険者名 静岡 太郎  
 保険者名 〇〇〇〇〇

国保・国保組合・後期は患者本人です。  
 組合・協会けんぽ・共済の場合は御確認ください。

《保険者名に対応する保険種別について》

I 〇〇市、〇〇町、〇〇村	⇒ 国保	〇〇国民健康保険組合	⇒ 国保組合
II 〇〇後期高齢者医療広域連合	⇒ 後期		
III 〇〇健康保険組合	⇒ 組合	全国健康保険協会〇〇支部	⇒ 協会けんぽ
〇〇共済組合	⇒ 共済	上記以外	⇒ その他

## 同じ医療保険の世帯員とは

保険種別	世帯員
I 国保、国保組合	健康保険証の記号番号が同じ方 全員
II 後期	同一世帯内の後期高齢の保険証をお持ちの方 全員
III 組合、協会けんぽ、共済、その他	健康保険証の記号番号が同じ方 全員

⑧ 負担上限月額を再算定を希望する場合や保険証に変更がある場合に記入してください。  
 上記の「同じ医療保険の世帯員とは」をお読みいただき、世帯員氏名、続柄、令和2年1月1日現在の住所所在地(市区町村名)を記入してください。  
 ※ 住所所在地が受診者と同じ場合は、住所所在地欄は記入不要です。

⑨ 同じ医療保険の世帯員に指定難病又は小児慢性の受給者がいる場合は、「受給者資格」欄の該当部分に○をつけ、受給者証のコピーを提出してください。

⑩ 原則として記入不要です。  
 世帯員が増え、新たに個人番号を提出する場合などに記入してください。

⑪ 負担上限月額の再算定を希望する場合に記入してください。  
 平成31年1月～令和元年12月の収入金額を記入してください。  
 1～3の合計金額が80万円以下の場合、収入金額がわかる書類の写しの提出が必要です。  
 該当の収入が80万円を超える場合、具体的な金額ではなく「80万円超」と記入いただいても差し支えありません。  
 なお、該当の収入がない場合は、すべての欄に必ず「0円」と記入してください。

⑫ 受療を希望する医療機関に追加や削除がある場合に記入してください。  
 追加や削除がある場合は、現在利用しているものも含めて変更後の医療機関名等をすべて記入してください。追加や削除がない場合は、記入不要です。