

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------|------------------------------|---|---------------------------------|-------------|------------------------------|--|
| 特定疾患医療受給者証交付申請書（静岡県単独） （新規・更新・再交付） | | | | 受給者番号 | | | |  |
| | | | | | | | | |
| 受給者 | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 月 日 (満 歳) | | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男・女 | 職業 | | |
| | 住所 | 郵便番号 — | | | 電話番号 | | | |
| | | | | | 自宅 — — | | 携帯 — — | |
| 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・共済 その他() | | | |
| | 記号・番号 | | | | 受給者 との続柄 | | | |
| | 被保険者名 | | | | | | | |
| 申請者 | ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | 受給者との関係 | 電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | 自宅 — — | | 携帯 — — | |
| 住所 | 郵便番号 — | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 病名 | ※既に有効な受給者証をお持ちの場合は、7桁の受給者番号をご記入ください。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 橋本病 (受給者番号:) | | | <input type="checkbox"/> 突発性難聴【更新なし】 (受給者番号:) | | | | |
| 月額負担上限額の特例 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 | | | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 寡婦控除等のみなし適用 | | | | | | | |
| 同じ医療保険の世帯の方(受給者以外) | 世帯員氏名 | | 受給資格 (該当する場合0を付し受給者番号を記入) | | 世帯員氏名 | | 受給資格 (該当する場合0を付し受給者番号を記入) | |
| | 1 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | | 4 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | |
| | 2 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | | 5 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | |
| | 3 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | | 6 | | 橋本病・突発性難聴 受給者番号() | |
| 受療医療機関 | 名称 | | | | 所在地 | | | |
| | | | | | | | | |
| 裏面の内容に同意の上、上記のとおり特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | 静岡県知事 様 | | | | |

私は、月額自己負担限度額が最高階層になることを了承し、市町村民税額等を確認する書類を提出しません。

受給者氏名 _____ 印
(自署の場合は、押印は不要です。)

| | | |
|---------|---|---|
| <職員記載欄> | 個 | 同 |
| | 住 | 保 |
| | 重 | 人 |
| | 課 | 収 |
| | 介 | 受 |

裏面あり

○障害年金等の申告書

以下に該当する方は、次の設問に答えてください。

| | | |
|----------------|-------------------------------------|----------------|
| 受給者の 保険証の種類 | 「国民健康保険」「国民健康保険組合」 「後期高齢者医療広域連合」 | 左記以外の保険 |
| 条件 | 同じ保険に加入されている方全員の市町村民税が非課税 | 被保険者の市町村民税が非課税 |

1 受給者は18歳未満ですか は い ⇒ 2にすすむ

いいえ ⇒ 【記載欄1】に受給者の収入金額を記入の上、市町村民税課税（所得）
証明書を提出してください

2 保護者は両親ですか は い ⇒

【記載欄1】【記載欄2】にそれぞれ保護者の収入金額を記入の上、市町
村民税課税（所得）証明書を提出してください

いいえ ⇒ 【記載欄1】に保護者の収入金額を記入の上、市町村民税課税（所得）
証明書を提出してください

【記載欄1】

| | | |
|-------------------|------------------|------|
| 受給者氏名 (保護者①氏名) | | |
| 収入の区分 | 種類(該当するものに○) | 収入金額 |
| 1 年金 | 障害・遺族・寡婦 | 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 | 円 |

【記載欄2】

| | | |
|--------|------------------|------|
| 保護者②氏名 | | |
| 収入の区分 | 種類(該当するものに○) | 収入金額 |
| 1 年金 | 障害・遺族・寡婦 | 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 | 円 |

<記入上の注意事項>

- 記載する収入金額は、1月～6月までの申請の場合は前々年の収入金額、7月～12月までの申請の場合は前年の収入金額としてください。
- 該当する収入金額がない場合も、必ず0円と記入してください。

臨床調査個人票（診断書）の研究利用についての同意内容

- 特定疾患医療受給者証の交付申請に当たり、提出した臨床調査個人票（診断書）が国の特定疾患調査研究班及び特定疾患対策協議会に送致され、疾患研究の基礎資料として使用されることに同意します。
- 提出した臨床調査個人票（診断書）が、静岡県及び政令市（静岡市、浜松市）の実施する以下の難病対策事業に活用されることに同意します。
 - 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。

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究（治療法や治療薬の研究など）を推進するため、患者さんの治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

臨床調査個人票（診断書）の使用に当たっては、個人情報保護に十分配慮し、上記目的以外は一切使用されることはありません。

特定疾患調査研究班及び特定疾患対策協議会で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。