

\* は市にて記載

# 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・転入）

CD-R

審査資料  
(臨個票を除く)

枚

|   |  |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|---|--|---|----------------|----|------|---|--|--|--|--|--|----------|---------|------|----|----|---|---|---------|-------|---|--|
| 疾病名   |  |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | * 疾病番号   |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| 受給者番号<br>(新規は記載不要)  |  | ※今回申請される疾病のほかに「指定難病医療受給者証」を既にお持ちですか？                            |                |    |      |   |  |  |  |  |  | はい       |         | いいえ  |    |    |   |   |         |       |   |  |
| 受給者<br>(患者本人)   | フリガナ   |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 性別       | 男       | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日生      | 年齢    | 歳 |  |
|   | 氏名   |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 性別       | 女       | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日生      | 年齢    | 歳 |  |
|   | マイナンバー<br>(個人番号)   |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 電話番号     | -       |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 住所   | 〒( )<br>熊本市 区   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 申請に係る賦課期日の住所<br>(当該年1月1日時点の住所)   | ※上記住所と違う場合に記載   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| 加入中の医療保険  | 保険種別   | 生活保護・市町村国保・国保組合・協会けんぽ・共済・健保組合・後期高齢・その他                          |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 被保険者氏名   |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 患者本人との続柄 |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 保険者名称  |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 保険者番号    |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| ※生活保護の方は保険種別のみ記載。   | 記号   |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  | 番号       |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| 保護者   | 受給者が18歳未満の場合に記載。<br>なお、住所・電話番号は、患者本人と異なる場合のみ記入。  | 氏名  |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          | 受診者との続柄 |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   |  | 個人番号  |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          | 電話番号    |      | -  |    |   |   |         |       |   |  |
|   |  | 住所  | 〒( )<br>熊本市 区  |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| 支給認定基準世帯員   | 家族内で同じ医療保険の世帯員を記載。欄が不足する場合は裏面に記載。<br>①保険種別が国保、国保組合、後期高齢の場合 ⇒ 患者本人と同じ医療保険の世帯員全員を記載。<br>②保険種別が上記①以外の場合 ⇒ 被保険者のみを記載。(患者本人が被保険者の場合は記載不要。)<br>※生活保護(被保険者以外)の方は記載不要。 |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 氏名   | 患者本人との続柄  | 生年月日           |    | 個人番号 |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   |  |   | 大正<br>昭和<br>平成 | 年  | 月    | 日 |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   |  |   | 大正<br>昭和<br>平成 | 年  | 月    | 日 |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   |  |   | 大正<br>昭和<br>平成 | 年  | 月    | 日 |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         |       |   |  |
| その他申請情報   | 軽症高額   | 申請日の属する月以前の12月以内に、上記難病に係る月毎の医療費総額(10割)が33,330円を超える月が3回以上ありましたか。 |                |    |      |   |  |  |  |  |  | あり       |         | なし   |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 人工呼吸器等装着者  | 上記難病により、継続して常時人工呼吸器、又は体外式補助人工心臓を装着しており、日常生活動作が著しく制限されている。       |                |    |      |   |  |  |  |  |  | あり       |         | なし   |    |    |   |   |         |       |   |  |
|   | 同じ医療保険に加入している家族内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。   | あり  | なし             | 氏名 |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         | 受給者番号 |   |  |
|   | 同じ医療保険に加入している家族内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。   | あり  | なし             | 氏名 |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   |         | 受給者番号 |   |  |
| <p>【臨床調査個人票の研究利用についての同意】</p> <p>指定難病の研究を推進するため、提出した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します(詳細については裏面を参照)。</p> <p>【記録情報の確認に関する同意】</p> <p>特定医療費(指定難病)支給認定申請の審査に必要な、患者本人が属する世帯の住民記録情報等(住民票・税情報・マイナンバー)について、熊本市が保有している公簿等により確認することに同意します。公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行うことに同意します。</p> <p>私は上記の臨床調査個人票の研究利用、記録情報の確認について同意し、特定医療費(指定難病)の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日<br/>熊本市長 大西一史様</p> <p>申請者氏名 _____ 印</p> <p>※1 自署の場合は押印不要です。<br/>※2 受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。</p> |  |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   | 【窓口受付印】 |       |   |  |
|   |  |   |                |    |      |   |  |  |  |  |  |          |         |      |    |    |   |   | 裏面記載あり  |       |   |  |

\* 事務処理欄

|              |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |     |    |      |         |
|--------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|----|------|---------|
| 受付日(有効期間開始日) | 市町村民税額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | A  | 生保  | C1 | 一般I  | 自己負担上限額 |
| H            |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | B1 | 低I  | C2 | 一般II |         |
|              |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | B2 | 低II | D  | 上位   |         |

□臨個票 □非課税所得証明 □保険証 □同意書(□課税証明書) □受給者証(難病・小慢) □軽症高額資料 / □軽症高額説明済

■ 受診を希望する指定医療機関を記載してください（受診頻度の多い5か所まで）。

|   | 指定医療機関名（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等） | 所在地（県外の場合は都道府県名から） |
|---|-----------------------------|--------------------|
| ① |                             |                    |
| ② |                             |                    |
| ③ |                             |                    |
| ④ |                             |                    |
| ⑤ |                             |                    |

■ 収入に関することについて記載してください。

|   |  |   |
|---|--|---|
| ① | <p>&lt;国保、後期高齢、国保組合の方&gt;<br/>患者本人を含め、同一医療保険の世帯員の中で市民税の課税がありますか？</p> <p>&lt;上記以外の医療保険の方&gt;<br/>被保険者に市民税の課税がありますか？</p> | <input type="checkbox"/> 課税あり<br><br><input type="checkbox"/> 課税なし<br>(次の②を回答)    |
| ② | 患者本人（18歳未満の場合は保護者）が障害年金等（給付一覧参照）を受給していますか？   | <input type="checkbox"/> 受給あり<br>(80万円以上・80万円未満)<br><input type="checkbox"/> 受給なし |

|      |  |
|------|--|
| 給付一覧 | 障害（基礎、厚生、共済）年金、障害一時金、遺族（基礎、厚生、共済）年金、寡婦年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当、特別障害給付金、障害補償給付、障害給付、等 |
|------|--|

■ 表面に記載できなかった支給認定基準世帯員を記載してください。

|           |   |          |                         |      |                                    |
|-----------|---|----------|-------------------------|------|------------------------------------|
| 支給認定基準世帯員 | 家族内で同じ医療保険の世帯員を記載してください。<br>①保険種別が国保、国保組合、後期高齢の場合 ⇒ 受給者本人と同じ医療保険の世帯員全員を記載。<br>②保険種別が上記①以外の場合 ⇒ 被保険者のみを記載。（受給者本人が被保険者の場合は記載不要。）<br>※生活保護（被保険者以外）の方は記載不要。 |          |                         |      | 申請に係る賦課期日時点の住所<br>（当該年1月1日時点の市町村名） |
|           | 氏名  | 患者本人との続柄 | 生年月日                    | 個人番号 |                                    |
|           |   |          | 大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |      |                                    |
|           |   |          | 大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |      |                                    |
|           |   |          | 大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |      |                                    |

【同意について】

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班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。