

* 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 枚
(臨個票を除く)

疾病名											* 疾病番号						
受給者番号 (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				
患者 本人	フリガナ											生 年 月 日	年	月	日	年 齢	歳
	氏名																
	マイナンバー (個人番号)																
	郵便番号	〒		-		日中連絡が取れる電話番号		-		-							
	住所	熊本市 区															
	申請に係る賦課期日の住所 (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										
	記号						番 号										
保 護 者	患者本人が18歳 未満の場合に記載。 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											受給者 との続柄				
	個人番号																
	郵便番号	〒		-		日中連絡が取れる電話番号		-		-							
	住 所	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。 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。 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。) ※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 (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											
			年	月	日												
			年	月	日												
			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				
	(※)高額かつ長期	(※)申請日の属する月以前の12月以内に、小児慢性特定疾病に係る月 毎の医療費総額(10割)が5万円を超える月が6回以上ありましたか。										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				
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。												【窓口受付印】					
年 月 日 熊本市長 様 申請者氏名												※患者本人が18歳未満の場合、 申請者は保護者になります。					
臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認い ただき、以下に署名をお願いします。																	
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、別添「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。																	
年 月 日 患者氏名												※患者本人が未成年又は成年被後見人等 の理由により、患者本人に代わって申 請者が同意する場合に記入。					
厚生労働大臣 様 申請者氏名												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	年保	C1	一般Ⅰ	自己負担上限額
											B1	低Ⅰ	C2	一般Ⅱ	
											B2	低Ⅱ	D	特	

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

裏面

■ 受診を希望する難病指定医療機関を記載してください。
 ※受給者証には「各都道府県または政令指定都市の指定する難病指定医療機関」と印字されます。

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）	確認
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。

年金給付金の制度種類	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
市町村民税非課税世帯の方で、上記の障害年金・遺族年金・その他の給付金の受給がありましたか？ 受給している場合は、その金額がわかる書類等（通帳、年金証書、年金払い込み通知書等）の写しを添付してください。	障害年金や遺族年金の収入 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 通帳や年金決定通知書、年金払込通知書等の内容 種 別 () 支 給 額 () <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ（非課税世帯、本人収入80万円超）の区分を適用して差し支えないので添付しません。

■ 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。 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。 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。） ※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 （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			
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				

■ 患者様に関することについて、該当する方へ○を記載してください。

① 難病に関する医師の講演や患者会に関するご案内を希望しますか。
 希望しない ・ 希望する

② 医療政策課 難病対策班の保健師は、在宅での介護・看護について、電話や訪問にてご相談を承っております。このような相談事業を希望しますか。
 希望しない ・ 希望する ⇒ 連絡の希望時間帯（ 時頃 ） ※ 日中でご連絡のつく時間帯
 連絡先（ ） 【本人・本人以外（続柄： ）】
 ※ 希望する場合は、医療政策課よりご希望の時間帯にご連絡いたします。

<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「臨床調査個人票」の記載内容をデータベースに登録し、指定難病（小児慢性特定疾病）に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「臨床調査個人票」の記載内容を登録すること並びに登録情報を指定難病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、申請書に署名をお願いします。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

○個人情報保護について：

臨床調査個人票を研究に利用するに当たっては、審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究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、皆様の同意を得ることとしております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

また、データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

(提供先について)

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、指定難病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。（なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。）。

https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は臨床調査個人票に記載された項目となります。臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。