

\* 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																
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				
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※1)	年 月 日										【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他							
(※1) 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。																		
熊本市長様 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 厚生労働大臣様 私は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請にあたり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します(※2)。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない 年 月 日 申請者氏名 ※受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。																【窓口受付印】          受付日		

※2 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をご確認いただき、「同意する」にチェックをお願いします。

\* 事務処理欄

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
		B1	低Ⅰ	C2	一般Ⅱ	
		B2	低Ⅱ	D	上位	

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

■ 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			
			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 医療対策課 難病対策班は、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、医療対策課よりご希望の時間帯にご連絡いたします。