

(事務処理使用欄)	
医療対策課受付	区役所受付

【裏面あり】

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新用）

※ 印字内容と異なる項目がある場合は、申請書内容の訂正と同時に、変更申請（届）の提出をお願いします。

受給者番号										マイナンバー (個人番号)		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
受 給 者	病名 1											病名 2												
	フリガナ 氏名											生年 月日							年 齢	歳				
	住所											日中繋がる 電話番号												
	加入 医療 保険	記号					番号					保険者 番号												
	被保険者 氏名					保険 種別					保険者 名称													
支給認定基準世帯員 ※受給者と同じ医療保険に加入している世帯員を記載。(社保の被扶養者(家族)については記載不要)																								
氏名		続柄		生年月日				マイナンバー (個人番号)																
①																								
②																								
③																								
④																								
⑤																								
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」がいる。			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 「小児慢性特定疾病医療受給者」がいる。			あり・なし		氏名								受給者番号											
特例申請等 (該当するものに○をつける)																								
軽症高額特例		申請日の属する月以前の12月以内に、上記難病に係る月ごとの医療費総額(10割)が33,330円を超える月が3回以上ある場合。																	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、上記難病及び小児慢性特定疾病に係る月ごとの医療費総額(10割)が50,000円を超える月が6回以上ある場合。																	あり・なし					
人工呼吸器等装着		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					
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「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」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(※1)。																								
☐ 同意する ☐ 同意しない																								
令和 年 月 日 申請者氏名 _____																								
※受給者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。																								

※1 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「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」(「指定難病医療受給者証更新手続き等のご案内」6ページ参照)をご確認いただき、「同意する」にチェックをお願いします。

(事務処理使用欄) 受付日						市町村民税(所得割) 額				A	生保	C1	一般 I	自己負担限度額						
R						☐ 軽症高額説明済 ☐ 変更同時受付					B1	低 I	C2	一般 II	¥					
											B2	低 II	D	上位						
臨個票		複数・臨個票		保険証		他・指定		他・小慢		患者受給者証										

(裏面)

■表面の支給認定基準世帯員の記載スペースが足りない場合は以下に記載ください。

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。

[illegible]

■ 非課税収入について記載してください。

市町村民税非課税世帯の方で、受給者本人（18歳未満の場合はその保護者）が、下記の障害年金等（給付一覧参照）を受給していますか。

☐ 受給なし☐ 受給あり (

門)

【受給ありの場合】

- ・ 下記給付一覧の中から該当するものにチェックしてください。
- ・ 年金振込通知書、各種手当証書等、金額が確認できるものをご提出ください。

給付一覧	☐ 障害基礎年金	
	☐ 障害厚生年金（種別：	）
	☐ 障害共済年金（種別：	）
	☐ 障害手当金	
	☐ 障害一時金	
	☐ 障害年金	
	☐ 遺族基礎年金	
	☐ 遺族厚生年金（種別：	）
	☐ 遺族共済年金（種別：	）
	☐ 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		
☐ 障害補償		