

（表）

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 （新規・更新・変更）	受給者番号				

次のとおり、特定医療費の支給を申請します。  
 年 月 日

静岡県知事 様

申請者	受診者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（満 歳）	
		氏名		職業		
				個人番号		
	住所	郵便番号	-	電話番号		
				自宅	-	-
				携帯	-	-
	1月1日現在の住所所在地	都・道府・県	市・区町・村	※1月から6月までに新規申請する場合：前年の1月1日在住の市区町村 ； 当年の1月1日在住の市区町村 ※1月から6月までに新規申請する場合：前年の1月1日在住の市区町村 ； 当年の1月1日在住の市区町村		
	加入医療保険	保険者名(称)		保険種別	国保(組合)・後期	
		記号・番号(被保険者番号)			組合・協会けんぽ・共済	
		被保険者名		受診者との関係	その他( )	
保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者が記入してください（この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。）。					
	フリガナ		受診者との関係	電話番号		
	氏名			自宅	-	-
				携帯	-	-
住所	郵便番号	-	個人番号（保護者のみ記入）			

申請内容の問合せ先・書類の送付先（申請者と異なる場合に、記入してください。）

	氏名・フリガナ	受診者との関係	住所	電話番号
問合せ先			郵便番号 -	- -
書類の送付先			郵便番号 -	- -

指定難病の名称				
負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着（臨床調査個人票に記載が必要）		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（負担上限月額管理票等の写しが必要）	
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当（領収書等の写しが必要）			
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	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		

登録者証の交付の希望の有無について該当する方に○を付してください。 有 ・ 無

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「研究利用に関するご説明」のとおり、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について <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※チェックが無い場合は、同意されたものとみなします。	<b>裏面あり</b> （記入漏れ注意） 受付印
---	--------------------------------

本請書及びその添付資料を御提出いただいた時点で、申請書等の内容が静岡県が実施する以下の難病対策事業等にも活用されることに同意したものとします。

- ・医療保険における所得区分の確認のため、加入する保険者に情報を提供する。
- ・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。



(裏)

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	続柄	受給資格 (該当するものに○印を付してください)	1月1日現在の住所所在地 (受診者と異なる場合のみ記入してください)		個人番号															
				都・道 府・県	市・区 町・村																
	受診者と同じ	本人	小児慢性																		
1			なし・指定難病・小児慢性																		
2			なし・指定難病・小児慢性																		
3			なし・指定難病・小児慢性																		
4			なし・指定難病・小児慢性																		
5			なし・指定難病・小児慢性																		
6			なし・指定難病・小児慢性																		

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに新規申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、その他の場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください（受診者と異なる場合のみ）。

2 生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	無 ・ 有 ※有の場合の保護決定者名（都道府県又は市町村名）〔 〕
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	無 ・ 有 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者全て）の収入金額について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の種類の収入については記入する必要がありません。

氏名			氏名		
収入の区分	種類 (該当するものに○印を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類 (該当するものに○印を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	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	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	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに新規申請する場合は前々年（1月から12月まで）の収入金額、その他の場合は前年（1月から12月まで）の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、必ず0円と記入してください。

4 受療を希望する医療機関等（県外の医療機関等を含む。）

区分 (該当するものに○印を付してください。)			医療機関等の名称 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)		所在地
病院	薬局	訪問看護ステーション等			
診療所	薬局	訪問看護ステーション等			
病院	薬局	訪問看護ステーション等			
診療所	薬局	訪問看護ステーション等			
病院	薬局	訪問看護ステーション等			
診療所	薬局	訪問看護ステーション等			
病院	薬局	訪問看護ステーション等			
診療所	薬局	訪問看護ステーション等			