

特定医療費(指定難病)支給認定／登録者証(指定難病)申請書 ((新規)・更新・転入)									
受 診 者 ／ 要 支 援 者	フリガナ	タテヤマ タロウ			受給者番号 (更新の場合記入)	支給認定申請書<様式第1号> 記入例			
	氏 名	立山 太郎			TEL (左詰め)	〇	〇	〇	〇
	生年月日	大・昭・平・令	〇	年	〇	月	〇	日	年齢
	住 所	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇			〇	歳	マイナンバー 提供		
	今年1月1日現在の住所 ※現住所と異なる場合は記載	都・道・府・県			市・区・町・村				
加 入 医 療 保 険	フリガナ	タテヤマ タロウ			受給者 との続柄	本人			
	被保険者氏名	立山 太郎							
	保険種別	協会・組合・船員・共済・国保(組合・一般)・後期							
	保険者名(称)	〇〇健康保険組合							
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地							
自己負担 上限額 (窓口記入欄)	階層区分	生活保護			この枠内は記入不要です。		一般所得Ⅱ 上位所得		
按分	あり						円		
病名(難病)		006 パーキンソン病							
受 診 を 希 望 す る 機 関 等	名 称	①	〇〇病院		②	〇〇薬局		③	
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地		〇〇市〇〇町〇〇番地					
	名 称	④							
	所在地								
	名 称	特例等を申請する場合は は☑してください。							
自己負担上限額の特例等 (該当するものに☑)		☐		人工呼吸器等装着		☐		軽症者特例	
		☐		生活保護受給者		☐		高額かつ長期	
同じ医療保険に加入している世帯員で 他の支給認定を受けた指定難病の患者 又は小児慢性特定疾病児童(申請中の 者も含む)		氏 名			難病 小児 受給者				
登録者証申請		申請する		申請しない		発行済(発行自治体名)			
書類送付先(連絡先)		氏 名	立山 太郎		受給者証の送付先や、今後の更新 案内等の送付先を受診者以外に する場合は記入ください。(送付先が受 診者本人の場合は、記入不要)				
・受診者以外に送付を希望する場合にご 記入ください。 ・受診者が18歳未満の場合は必ず申請者 (保護者)をご記入ください。		住 所	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		〇〇市〇〇町...				
私は、上記のとおり、(☑特定医療費の支給 ☑登録者証)を申請します。		〇 年 〇 月 〇 日	申請者氏名		立山 太郎				
富山県知事 殿		※受診者が18歳未満の場合は保護者							
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「研究等への利用についてのご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。									
私は、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ご説明」を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当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、に同意する。臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をいただける方は、記入日と氏名を記入してください。									
〇 年 〇 月 〇 日		受診者/要支援者		代理人氏名* 立山 太郎					
厚生労働大臣 殿		*患者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者(要支援者)に代わって代理人が同意する場合に記入							
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 ※ (更新申請の場合は記入不要)		〇 年 〇 月 〇 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】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他					
※ 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。 ※ 登録者証のみ申請する場合は、太枠内のみ記入。									

裏面も必ずご確認ください

支 給 認 定 基 準 世 帯 員（受診者本人を除く）※							
フリガナ	タテヤマ トミコ	生年月日	大・昭・平	○年 ○月 ○日	受診者 との続柄	妻	マイナンバー 提供
氏 名	立山 富子						
フリガナ	タテヤマ ハナコ	生年月日	大・昭・平	○年 ○月 ○日	受診者 との続柄	子	マイナンバー 提供
氏 名	立山 花子						
フリガナ							
氏 名	・支給認定基準世帯員は、受診者本人が加入している医療保険の種別によって異なります。 ・以下の表を確認いただき、対象となる世帯員を記載してください。						
フリガナ	受診者が加入している医療保険		記入する世帯員				
氏 名	◎国民健康保険（国保）		「住民票上の同一世帯」で「同じ国保に加入している」方				
	◎後期高齢者医療制度		「住民票上の同一世帯」で「同じ後期高齢の保険に加入している」方				
フリガナ	◎国民健康保険組合（国保組合）		「住民票上の同一世帯」で「同じ記号・番号の国保組合に加入している」方				
氏 名	◎被用者保険（社会保険）		保険の「被保険者」の方（受診者自身が被保険者のときは何も記載しない）				

※支給認定基準世帯員は、受診者の医療保険の種別によって異なります。（どの保険の場合も15歳未満は記載不要です）
「国民健康保険」・「国民健康保険組合」・「後期高齢者医療制度」 → 同一世帯で同じ保険に加入している方『全員』
「被用者保険」（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等） → 『被保険者』のみ

【以下の①、②に該当する場合は記入してください】

- ①受診者及び支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税の場合
②受診者及び支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税かどうか不明な場合

受診者本人の収入について、ア～オの該当するものに☑してください。		
ア～エの該当がある場合には、受給額がわかる書類（※1）のコピーを申請書に添付してください。		
※1…給付決定通知書、入金記録のある預金通帳など		
☐	ア 障 害 年 金	※2…寡婦年金、特別障害給付金、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過 的福祉手当、障害手当金、労災等によ る障害補償等
☐	イ 遺 族 年 金	
☐	ウ 特 別 児 童 扶 養 手 当	
☐	エ そ の 他（ ）※2	
☐	オ 上記ア～エの収入はありません	

↑必ず☑してください

<窓口記入欄>

	・①または②に該当する場合は、ア～オのいずれかに☑のうえ、ア～エに☑した方は、必ず受給額がわかる書類のコピーを添付してください。	
--	--	--