

| 特定医療費（指定難病）支給認定／登録者証（指定難病）申請書<br>( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更（疾病変更、疾病追加、高額かつ長期、人工呼吸器、その他） <input type="checkbox"/> 転入) |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|----|--|
| 受<br>診<br>者<br>（<br>患<br>者<br>）                                                                                                                                                 | フリガナ                             |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 性 別                                                         | <input type="checkbox"/> 男                                                                                               | 年 齢    | 歳 |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 氏 名                              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             | <input type="checkbox"/> 女                                                                                               |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 個人番号<br>(マイナンバー)                 |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 生年月日                                                        | <input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年      | 月 | 日 |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 受給者番号<br>(更新、変更の場合)              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 住 所                              | 〒                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 電話番号                                                        |                                                                                                                          |        |   |   | 自宅 |  |
|                                                                                                                                                                                 |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 携帯                                                          |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 本年1月1日時点の所在地<br>(現住民票と異なる場合のみ記載) |                                   | 都道府県                                                                                                                                                                                                                                          |  |                          |                                      |                                                             | 市区町村                                                                                                                     |        |   |   |    |  |
| 加入医療保険                                                                                                                                                                          | 被保険者氏名                           | <input type="checkbox"/> 本人（記入省略） |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 受診者<br>との続柄                                                 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> その他（                                                             |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 保 険 者 名                          |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 記号・番号                                                       |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                     | フリガナ                             |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 受診者<br>との関係                                                 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 保護者（<br>）<br><input type="checkbox"/> 代理人（<br>）                  |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 氏 名                              | <input type="checkbox"/> 本人（記入省略） |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | 住 所                              | 〒                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | 電話番号                                                        | <input type="checkbox"/> 同上（記入省略）                                                                                        |        |   |   |    |  |
| 指定難病名                                                                                                                                                                           |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 自己負担上限額の特例<br>(該当するものに☑)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>         | 人 工 呼 吸 器 等 装 着                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> | 高 額 か つ 長 期<br>( 高 額 難 病 治 療 継 続 者 ) |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
|                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>         | 軽 症 高 額 該 当                       |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は<br>小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者                                                                                                                        |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      | <input type="checkbox"/> 有（氏名<br><input type="checkbox"/> 無 |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 登録者証申請                                                                                                                                                                          | 申請する ・ 申請しない ・ 発行済（自治体名：）        |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          | DV虐待等による情報連携<br>の不開示希望               |                                                             | <input type="checkbox"/> 有                                                                                               |        |   |   |    |  |
| 特定医療費の支<br>給を開始するこ<br>とが適当と考え<br>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】<br><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。<br>また、提出した臨床調査個人票に疑義が生じた場合、県が医療機関へ直接照会することに同意します。                                                                                                     |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          | 保健所受理印 |   |   |    |  |
| 申請者氏名                                                                                                                                                                           |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |
| 年 月 日 沖縄県知事 殿                                                                                                                                                                   |                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |  |                          |                                      |                                                             |                                                                                                                          |        |   |   |    |  |

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」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を同意します。

受診者氏名

申請者氏名 (※ 受診者に代わって申請者が同意する場合に記入して下さい。)

年 月 日 厚生労働大臣 殿

※ 裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

[illegible][illegible]

ここから下の欄は記入しないでください。

|                   |                                                                                                                                                                                                      |             |                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------|
| 所得確認書類            | <input type="checkbox"/> 市町村民税所得(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯受給証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証<br><input type="checkbox"/> 統合宛名システム、住基ネット <input type="checkbox"/> その他（ ） |             |                                            |
| 受給者（患者又はその保護者）の収入 | 右の合計額<br><input type="checkbox"/> ８０万円より大<br><input type="checkbox"/> ８０万円以下                                                                                                                         | 合計所得金額<br>円 | 公的年金等収入<br>円<br>障害年金等収入<br>円<br>特児手当等<br>円 |
| 所得区分              | 生保 ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ Ⅰ ・ Ⅱ ・ 上位                                                                                                                                                                            |             | 自己負担上限額<br>円                               |
| 自己負担上限額特例         | <input type="checkbox"/> 按分あり <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期（高額難病治療継続者） <input type="checkbox"/> 境界層措置                                                           |             |                                            |
| 社会活動              | 就労 ・ 就学 ・ 家事労働 ・ 在宅療養 ・ 入院 ・ 入所 ・ その他（ ）                                                                                                                                                             |             |                                            |
| 日常生活              | 正常 ・ やや不自由 ・ 部分介助 ・ 全介助                                                                                                                                                                              |             |                                            |
| 情報連携関係            | ◆情報照会日（      月      日）    ◆照会結果確認日（      月      日）<br>◆照会結果：市町村民税の課税    有り → 所得割額合計（      円）又は    均等割のみ課税<br>無し → 所得金額（      円）    公的年金収入額（      円）                                                  |             |                                            |
| 備考                |                                                                                                                                                                                                      |             |                                            |