

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）						(※1)		
受 診 者	フリガナ							
	住 所	〒						
	フリガナ					年 齢		
	氏 名							
	生 年 月 日		個 人 番 号		電 話 番 号			
	年 月 日		— —		(自宅)	—	—	
	(携帯)		—		—			
	受給者番号 (※2)	病 名						
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		受診者との続柄				
		保 険 種 別		被保険者証の 記号・番号				
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
所 在 地								
自己負担上限額の特例 (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	<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				有(氏名) ・ 無				
臨床調査個人票を記 載した医療機関を記 載してください。	医 療 機 関 名			所 在 地				
○上記記載の医療機関のほか、難病法に基づく指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業者等）であればご利用できます。								
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 (※3,※4)	年 月 日		【左記の欄が申請日より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"/> 病状の悪化等により、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 []					
和歌山県知事 様 私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。		年 月 日						
登録者証申請 (※5,※6)	申請する		・ 申請しない		発行済（発行自治体名：)			
申 請 者	フリガナ					受診者との 関係		
	住 所 (※4)	〒						
	フリガナ					電話番号 (※7)	(自宅) — — (携帯) — —	
	氏 名							

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。

<p>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「臨床調査個人票情報の研究等への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。</p> <p>受診者氏名 申請者氏名 (※8)</p> <p>年 月 日</p> <p>和歌山県知事 様</p>	<p>〈保健所受付印〉</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 更新又は変更の方のみ記入。

※3 特定医療費の支給認定日は、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。

※4 更新の場合は、記入不要。

※5 受給者証が発行される場合は登録者証の発行は行わない。

※6 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがある。

※7 受診者本人と異なる場合に記入。

※8 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

非課税世帯の場合、受給者本人の年金等収入について、該当する内容にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(国民)を受給している。 ※2級年金を受給されている方は年金額がわかるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 障害年金(厚生・共済)を受給している。 ※年額80万円以下の方は年金額がわかるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 遺族年金(基礎・厚生・共済)を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額がわかるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額はわかるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金、障害を事由として支給される労災による年金及び一時金を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額がわかるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 上記の年金等はいずれも受給していない。

※年金等収入が80万円以下の方は、「年金等証書+振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。