

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更・転入)

※該当する申請内容に○を付けてください。

受給者番号 ※受給者証をお持ちの方 1234567		申請疾病名 球脊髄性筋萎縮症 これまで、マイナンバー確認書類(個人番号カード、通知カード、マイナンバー付住民票)のご提示があった方は、記載不要です。				告示番号 (札幌市記入欄) ※窓口で職員が記載します。
患者	フリガナ	サッポロ タロウ		性別	年齢	生年月日
	氏名	札幌 太郎		男・女	36 歳	58 年 1 月 1 日
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1				
	住所	(〒 060 - 0042) (電話 011 - 622 - 5153) 札幌市中央区大通西19丁目 WEST19				
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 (札幌 市町村 中央 区) ・全国健康保険協会(北海道支部・ 支部) ・北海道後期高齢者医療広域連合 ・その他 ()			保険証の 記号・番号 (記号) 国札千 (番号) 123-4567		
自己負担上限額の特例等 (該当欄に☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 人工呼吸器(一日中施行・離脱見込なし・日常生活動作が著しく制限)又は体外式補助人工心臓を使用している場合 <input checked="" type="checkbox"/> 高額かつ長期 医療費総額(受給者証利用分)が50,000円を超える月が、申請月を含む過去12か月間に6回以上ある場合 <input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額該当 医療費総額(申請疾病分)が33,330円を超える月が、申請月を含む過去12か月間に3回以上ある場合 <input type="checkbox"/> 生活保護(受給者・境界層)該当者 ※該当するものに○を付けてください					
受診を希望する指定医療機関等 (病院・診療所・薬局・訪問看護事業者等)	医療機関等の名称		所在地			
変更(該当の方のみ)	負担上限額変更(自己負担区分・人工呼吸器・高額長期・世帯按分)・医療機関変更・疾病変更・疾病追加					
転入(該当の方のみ)	転入日	年 月 日	前住地			
申請者署名欄 ※患者本人(18歳未満の場合は保護者)	私は、裏面の同意事項(及び申告事項)に同意(及び申告)のうえ、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項(第10条第1項)の規定により、特定医療費の支給を申請します。 令和 元 年 7 月 5 日 申請者氏名 札幌 太郎 印 ※申請者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に申請者の住所等を 〒 () 電話番号 () 住所				収受印(保健センター)	
申請手続き等を委任する場合	私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号(特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号)の権限を次の代理人に委任します。 令和 元 年 7 月 5 日 委任者氏名(患者本人又は保護者) 札幌 太郎 印 代理人氏名 札幌 花子 印 〒 (060 - 0042) 電話番号 (011 - 622 - 5153) 代理人住所 札幌市中央区大通西19丁目 WEST19				患者本人及び患者本人と同一の医療保険に加入している方が「特定医療費(指定難病)受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」をお持ちの場合、自己負担上限額が軽減されることがあります。対象の方がいる場合、裏面の「世帯員について」の欄にご記載ください。 手続きされる方が、「患者本人または保護者」以外の場合は、「代理人」に委任が必要となります。夫婦や親子であっても、「代理人」に該当しますので必ず記載してください。 ※申請者の代わりに提出書類を持参するだけの場合は委任は必要ありません。	

※ここから下の欄には記入しないでください

【臨床調査個人票の添付資料】 無・有 [] 【自己負担区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> 高額長期 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 按分	【申請書の添付資料】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 同意書(医療保険の区分確認) <input type="checkbox"/> 世帯情報シート(□世帯全員の住民票 □市町村税の所得状況確認書類 □生保証明) <input type="checkbox"/> 非課税収入確認書類 <input type="checkbox"/> 世帯内に他に指定難病等又は小児慢性特定疾病の受給者がいることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期又は軽症高額に該当することを確認するために必要な領収書等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管理票等不足なし <input type="checkbox"/> 管理票等一部(全部)なし
---	---	--

持

裏面もご確認ください→

世帯員について
 住民票上の世帯全員について記入してください。
 ※ 住民票が別の方も、同じ医療保険に加入している場合は、一緒に記入してください。
 ※ 個人番号は、患者本人と同じ被用者保険に加入している場合は被保険者(扶養状況欄の本人)のみ、それ以外の医療保険に加入している場合は、患者本人と同じ種別の医療保険に加入している方が記入してください。
 ※ 患者本人の保護者の方は、医療保険の種別に関わらず、個人番号を記入してください。

氏名 個人番号	続柄	年齢	医療保険の種別 ※該当するものに○	扶養状況 ※被用者保険の方	特定医療費の 受給状況 ※該当する場合に○	小児慢性特定疾病 医療の受給状況 ※該当する場合に○	札幌市記入欄		
							税額 証明	支給認定 基準世帯員	受給者証 (写)
札 花子	患者本人		被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養		受給中・申請中			
札 花子	妻	36	被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中			
札 一郎	子	5	被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中			
札 藤	父	76	被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中			
札 信子	母	70	被用者・国保 国保組合・後期高齢 生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中			
					申請中	受給中・申請中			

同一の医療保険に加入しているため、世帯按分の対象となります。

受給者証をお持ちであっても、加入している医療保険が異なるため、世帯按分の対象にはなりません。

マイナンバーの記載対象者は、患者と同じ医療保険に加入している世帯員ですが、これまで、マイナンバー確認書類(個人番号カード、通知カード、マイナンバー付住民票)のご提示があった方は、記載不要です。
 記載例では、同じ国保の一郎さん(子)と信子さん(母)について、提示がなかった前提でマイナンバーを記載しています。
 なお、患者が被用者保険に加入している場合のマイナンバーの記載対象者は、被保険者(扶養状況欄の本人)のみとなります。

未婚のひとり親世帯の申告事項
 ひとり親世帯の場合、「寡婦(夫)市町村民税非課税世帯、大工師収入等受給者世帯」のいずれかに該当する場合は、申請時にお申し出ください。

送付先住所
 認定結果は、原則として表面の患者の住所に送付しますが、送付先を別に指定する必要がある場合は、下記に記入してください。

氏名: _____ 患者との関係: _____

住所: (〒 _____) (電話 _____)

同意事項	本申請に関する次の項目について、同意しない場合は、該当項目に☒してください。	同意しない場合
1 臨床調査個人票の研究利用についての同意	指定難病等を研究するため、提出した臨床調査個人票を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。 <small>(厚生労働省では、難病の研究を推進するため、臨床調査個人票をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報保護法に基づき、同意なくして使用されることはありません。なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。)</small>	<input type="checkbox"/>
2 支給認定に関する情報確認の同意	本申請の支給認定に必要な情報である、上記世帯員に関する住民票情報、市町村民税の課税情報、生活保護の受給情報、特定医療費及び小児慢性特定疾病医療費の受給情報について、札幌市の関係職員が、調査・閲覧を行うことに同意します。また、代理人に申請手続き等を委任する場合は、当該情報を代理人に提示することに同意します。なお、これらの調査・閲覧を行うことについて、上記世帯員全員の承諾を得ています。	<input type="checkbox"/>
3 受給者証に◆マークのある方に関する同意	本申請書による更新申請(更新申請期間中の申請に限る)の審査結果が却下した場合において、北海道の特定疾患治療研究事業の認定を受けられる可能性がある場合(受給者証に◆マークのある方)は、本申請を取り下げ、北海道知事宛ての特定疾患治療研究事業に係る申請(本申請と同一申請日)として取り扱ったうえで、本申請に関する情報(住民票情報等)を北海道へ引き継ぎすることに同意します。	<input type="checkbox"/>

非課税世帯の申告事項	市町村民税が非課税世帯の場合は、以下のいずれかに☒を付けてください。	札幌市記入欄 (非課税世帯年収判定)
<input type="checkbox"/> 患者本人(患者が18歳未満の場合、保護者のうち一番収入が多い方)の年収が80万円を超えるため、自己負担上限額の区分は「低所得Ⅱ」に該当します(下欄の収入に関する証明書類を提出できない場合を含む)。		A 公的年金収入額 (円)
<input checked="" type="checkbox"/> 患者本人(同上)の年収が80万円以下のため、自己負担上限額の区分を「低所得Ⅰ」とするよう申請します。年収のうち、非課税収入(厚生労働省令で定めるもの)について、以下のとおり申告します。		B 合計所得金額 (円)
・収入対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 保護者 ⇒ 氏名 [_____]		C 前年の収入額 (円)
・前年の収入額 [_____ 0 円/年] ※申請月が1~6月の場合は前々年の収入。収入が無い場合は「0」円と記入		D 前年の収入額 ※非課税収入 (円)
・収入の種類(該当する収入に☒のうえ、年金証書や払込通知書等の写しを添付してください。)		(合計) (円)
年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 障害共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金 <input type="checkbox"/> 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの		年収=A+(B-C)+D ※(B-C)は0円を下限
手当金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当		(合計) (円)
その他 <input type="checkbox"/> 障害一時金 <input type="checkbox"/> 労災・公務災害による障害補償給付等 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害補償給付・障害給付 <input type="checkbox"/> その他(_____)		80万円超え: 低Ⅱ 80万円以下: 低Ⅰ

該当する収入がある場合は☒をつけて「前年の収入額」に金額を記載してください。