B

別紙様式第1号(表面)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

※ 該当する申請に○

受給者番号	申請疾病名	告示番号(札幌市記入欄)
※受給者証をお持ちの方		

患者	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名		歳	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	マイナンバー				
	住所	(〒) (電話 - -)			
	医療保険	国保( ) 協会けんぽ(支部) 後期高齢 その他( )	記号・番号	(記号)※後期高齢は記載不要	(番号)

自己負担上限額の特例等 (該当欄に☑)	☐	高額かつ長期	医療費総額(10割。上記指定難病及び小児慢性特定疾病の助成開始日以降の医療費)が 50,000 円を超える月が申請月を含む過去1年間に6回以上ある場合
	☐	軽症高額該当	医療費総額(10割。申請疾病分)が 33,330 円を超える月が、申請月を含む過去1年間に3回以上ある場合
	☐	人工呼吸器等装着	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
	☐	世帯内按分	世帯内に、同じ医療保険で指定難病・小児慢性特定疾病等の支給認定を受けている者がいる場合
	☐	生活保護(受給者 ・ 境界層) ※該当するものに○	

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(該当者のみ)	負担上限額変更(自己負担区分・高額長期・人工呼吸器・世帯内按分) ・ 医療機関変更 ・ 疾病変更 ・ 疾病追加			
転入(該当者のみ)	転入日	年 月 日	前住地	
	年月日	年 月 日	遡りを希望しない場合☑	☐ ※希望しない場合、支給開始は原則申請日から
支給開始が適当と考えられる日 (新規 又は 疾病変更・疾病追加の方のみ)	・医療費助成の開始日は、臨床調査個人票に記載された診断年月日、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(やむを得ない理由がある場合は最長3か月前)の同じ日まで遡り可能 ・未記入の場合は、「診断年月日」と「申請日から1か月前の日」のいずれか遅い日		申請日より1か月以上前の場合、その理由(該当欄に☑)	☐臨床調査個人票の受領に時間を要した ☐症状の悪化等により書類の準備や提出に時間を要した ☐大規模災害に被災した等により書類の提出に時間を要した ☐その他[ ]
登録者証	☐申請する ※申請する場合、☑ ☐発行済 (発行自治体名:)			

申請者署名欄 (※患者本人(18 歳未満の場合は保護者))

本申請書に記載のとおり、特定医療費の支給を申請します。

令和 年 月 日 札幌市長 様

申請者氏名 _____

記入後、裏面もご確認ください

※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記載

(〒) (電話 - -)

住所 _____

収受印(保健センター等)

申請手続き等を委任する場合

書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号を提供する権限を次の代理人に委任します。

令和 年 月 日 委任者氏名(患者本人又は保護者) _____

代理人氏名 _____ 委任者との関係 _____

(〒) (電話 - -)

代理人住所 _____

収受印(保健所)

【臨床調査個人票の添付資料】
無 ・ 有[ ]

【自己負担区分】
A0☐生活保護 A1☐低所得Ⅰ
A2☐低所得Ⅱ A3☐一般所得Ⅰ
A4☐一般所得Ⅱ A5☐上位所得
☐高額長期 ☐人工 ☐按分

【申請書の添付資料】
☐臨床調査個人票 ☐医療保険確認資料 ☐同意書(臨床調査個人票)
☐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)
☐非課税収入確認書類
☐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
☐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
☐その他( )

【更新】上限額管理票等に
☐不足なし
☐一部(全部)なし

【転入】支給認定世帯員に
☐変更あり
☐変更なし

別記様式第1号(裏面)

世 帯 員

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。
※ マイナンバー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)のみ記入し、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について記入してください。
※ 患者本人の保護者の方は、医療保険の種別に関わらず、マイナンバーを記入してください。

氏名 マイナンバー	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○	小児慢性特定疾病医療の受給状況 ※該当する場合○
	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
	患者本人の		・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
	患者本人の		・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
	患者本人の		・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
	患者本人の		・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
	患者本人の		・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
	患者本人の		・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

非課税世帯の申告事項

市町村民税が非課税世帯の場合、**以下のいずれかに☑**

☐ 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 82万6,500円を超えます。**
(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))

☐ 患者本人(同上)の**年収が 82万6,500円以下です。**(自己負担上限額の区分は、"**低所得Ⅰ**"に該当します)
年収のうち、**非課税収入(厚生労働省令で定めるもの)**を以下のとおり申告します。

・収入対象者 ☐患者本人 ☐保護者 ⇒ 氏名[ ]
・前年の収入額[円/年]
・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)

年 金	☐障害基礎年金 ☐遺族基礎年金 ☐障害年金 ※年金生活者支援給付金は収入に含みません ☐障害厚生年金 ☐遺族厚生年金 ☐寡婦年金 ☐障害共済年金 ☐遺族共済年金 ☐特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの
手当金	☐障害手当金 ☐特別障害者手当 ☐特別児童扶養手当 ☐障害児福祉手当 ☐福祉手当
その他	☐障害一時金 ☐労災・公務災害による障害補償給付等 ☐特別障害給付金 ☐障害補償給付・障害給付 ☐その他( )

送付先住所	(**表面住所と同じ場合は追記不要**) 表面住所と異なる場合、D 裏面を参照し、下記に必要事項を記入		
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**、該当項目に☑	同意しない場合
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、保険情報、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を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、上記世帯全員の承諾を得ています。	☐
受給者証に◆マークのある方の同意	本申請による更新申請(更新申請期間中の申請に限る)の審査結果が却下に相当する場合において、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、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。	☐