

記入例

1枚目の記入例

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

1枚目（2枚目へ続く）※ の項目に楷書で記入又は印してください。

大阪府知事様
難病の患者に対して
また、6申し立て
受診者以外の方が申請される場合は印が必要です

受給者番号

※受診者以外が申請する場合は下記に印をし、2申請者欄も記入してください。

※他の自治体から転入する場合、下記に印してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

本件支給認定に必要な情報について、大阪府が他の自治体にその提供を求めることに同意します。

1 受診者	フリガナ	コウヤマ	オツオ	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R
	氏名	甲山	乙夫	〇年 〇月 〇日	
<input type="checkbox"/> 送付先	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	電話番号
	住所	〇〇市××町△△1丁目2-3			
加入医療保険等	被保険者氏名 (ご帯主・組合員)	甲山 乙夫		受診者との続柄	本人 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)			記号 ※左詰め	〇 国
	<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合			番号 ※左詰め	1 2 3 4 5
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国民健康保険			保険者名称	〇 〇 市
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合			保険者番号	2 7 0 6 2 9
<input type="checkbox"/> 生活保護又は中国残留邦人支援受給			資格取得年月日	平成20年 11月 22日	

ア

2 申請者	※受診者本人が申請者の場合は、記入不要です。(受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。)				
<input checked="" type="checkbox"/> 送付先	フリガナ	コウヤマ	ヘイコ	電話番号	050-7654-3210
	氏名	甲山	丙子	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
受診者との関係	妻				
	住所	〇〇市××町△△1丁目2-3			

イ

3 疾病	①疾病名又は告示番号	もやもや病	②疾病名又は告示番号	
申請する指定難病について	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器または体外式補助人工心臓を使用している。 <input type="checkbox"/> 【軽症高額該当】申請日の属する月を含む過去12か月の間に、上記の疾病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。			

ウ

エ

オ

年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コケ - 按
年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コケ - 按

保健所(保健センター)担当者	保健所(保健センター)受付印	大阪府受付印	適用区分
記載不要			アイウエオ I II III IV V VI
※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付印の下に受付年月日を記入			

2枚目

4 支給認定基準世帯員等

※ 保護者欄は受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合のみ記入してください。

(1) 受診者と保護者について記入してください。

受診者	市町村民税 所得割額/均等割	収入金額 (非課税の場合)
受診者	31,000円	
申請者欄に記入した保護者 ※		
申請者欄に記入していない保護者の氏名 ※	氏名	

(2) 受診者と同じ医療保険に加入する者を記入してください。

※課税年において16歳未満の方は☑を記入して下さい。

世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割	世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割
甲山 丙子 ※16歳未満 <input type="checkbox"/>	0円	※16歳未満 <input type="checkbox"/>	
甲山 丁郎 ※16歳未満 <input checked="" type="checkbox"/>		※16歳未満 <input type="checkbox"/>	
※16歳未満 <input type="checkbox"/>		※16歳未満 <input type="checkbox"/>	

5 あん分対象者

受診者又は4(2)に記入した者のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者がある場合、下欄に☑し、下記に必要事項を記入してください。(対象者が申請中の場合は、受給者番号欄に申請先自治体、生年月日及び疾病名を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	指定難病	<input type="checkbox"/>	小児慢性	氏名	受給者番号
--------------------------	------	--------------------------	------	----	-------

6 申し立て欄

申し立てについて、☑を記入して下さい。

<input checked="" type="checkbox"/>	【申し立てなし】 申し立てるべき事項はありません。	☑ 【申し立てありの場合】 下記のとおり、相違ないことを申し立てます。 ※申立内容と事実と相違があった場合、難病の患者に対して医療費の返還を求められることがあります。	既に支給した特定
<input type="checkbox"/>	【医療保険証の提出省略1】 住民票記載の者で医療保険証の提出を省略する者について、支給認定基準世帯員に準じた扱いとなることを承します。	<input type="checkbox"/>	【医療保険証の提出省略2】 住民票記載の者で、受診者と同一医療保険に加入し得ない者の医療保険証の提出を省略します。
<input type="checkbox"/>	【所得証明書類】 4(1)又は(2)に記入した者の所得を証明する書類として普通又は特別徴収に係る証明書類を提出しますが、提出した証明書類に記載された金額の他に収入はありません。	<input type="checkbox"/>	【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを承します。
<input type="checkbox"/>	【4(1)及び(2)に記入した者の市町村民税が全て非課税で4(1)の者の収入金額80万円以下】 (1)の者の提出した所得証明書類、収入確認書類(障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等)に記載された金額以外の収入はありません。		
<input type="checkbox"/>	【その他】 高額かつ長期の中立て等		

指定難病で受診を希望される医療機関について、☑の上、医療機関の名称、所在地及び電話番号を記入して下さい

7 受診を希望する指定医療機関

※受給者証に記載がない医療機関であっても、※指定難病・指定小児慢性特定疾病の医療機関の指定

指定医療機関の名称	※指定医療機関
<input checked="" type="checkbox"/> 病院・診療所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☑してください	電話番号 06-XXXX-XXXX 〒 大阪〇〇市△町1-1
<input type="checkbox"/> 病院・診療所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☑してください	電話番号 〒 指定医療機関コード
<input type="checkbox"/> 病院・診療所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☑してください	電話番号 〒 指定医療機関コード

8 臨床調査個人票の研究利用についての同意 (詳細は1枚目裏面参照)

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に同意します。

厚生労働大臣 様

〇 年 〇 月 〇 日 氏名 甲山 乙夫

カ

キ

ク

ケ

コ

ア 受診者（患者）の情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、加入医療保険等）を記入してください。被保険者証欄は、健康保険証を確認して記入してください。

イ 申請者が患者でない場合のみ記入が必要です。
・保護者（患者が18歳未満の場合）又は成年後見人等の法定代理人。
・患者から委任を受けた方。
※患者が18歳未満の場合は、原則として保護者が申請者となります。

※ア・イ共通 医療受給者証の送付先（「1受診者（患者）」又は「2申請者」）のいずれかに**ア**が必要です。

ウ 指定医が作成した臨床調査個人表（診断書）の疾病名または疾病番号をご記入ください。

エ 人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着されている方が記入する項目です。該当する方のみ**ウ**をしてください。

オ **ウ**の疾病に係る治療において、申請日を含む月以前の12か月以内に医療費総額（10割）が33,330円を超える月数が既に3か月以上ある方（軽症高額該当）のみ**ウ**をしてください。

カ 受診者（患者）及び患者と同じ健康保険に加入する方の氏名を記入してください。また、課税年において16歳未満の方がいる場合は、**ウ**をしてください。

キ 次の①又は②に該当する場合にご記入ください。
① 患者と同じ健康保険の加入者に特定医療費（指定難病）受給者がいる場合
② 患者又は患者と同じ健康保険に加入されている方に小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合
なお、受給者番号欄は、「特定医療費（指定難病）受給者証」又は「小児慢性特定医療費医療受給者証」をご覧くださいながら記入してください。（申請中の場合は、受診者の生年月日と疾病名を記入の上、〇月〇日申請中とお書きください。）

ク 申し立て欄につきまして、**ウ**もしくは、申し立て内容についてご記載下さい。申し立てが無い場合には、【申し立てなし】に**ウ**をして下さい。

【医療保険証の提出省略1】

世帯全体の住民票のなかで患者と同じ健康保険に加入しているため、患者以外の健康保険証の添付を省略する場合（市町村国民健康保険等）

【医療保険証の提出省略2】

世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入しえない方の健康保険証の添付を省略する場合（患者が国民健康保険加入者で他の家族が75歳以上で後期高齢医療保険証に加入している場合等）

【所得証明書類】

会社等で配布される、市町村民税特別徴収税額決定通知書を課税証明書の代わりに提出する方（社会保険被保険者が非課税の場合や、業種別国民健康保険組合加入者は除く）で、その通知書に記載の合計所得金額以外に所得や年金等の収入等がない場合

【上位所得】

月額自己負担額算定のための課税証明書を提出しないため、上位階層（D：月額自己負担額 30,000円）を了承されるとき（業種別国民健康保険組合加入者は申し立てによる課税証明書の提出の省略はできません。）

【4（1）及び（2）に記入した者の市町村民税が全て非課税で4（1）の者の収入金額80万円以下】患者本人の所得証明書類、収入確認書類（P9 14 障害基礎年金その他の給付金に係る証明書類）等、提出いただいた書類以外に収入がない場合

ケ **ウ**で記入した疾病の治療について、受診を希望される医療機関の名称、所在と電話番号について、診察券やお薬袋などをご覧くださいながら記入してください。（病院・診療所等、薬局、訪問看護ステーションの種別に**ウ**をしてください。）

コ 臨床調査個人票の研究利用について、申請書1枚目の裏面をお読みいただき、同意される場合は、年月日（申請書記載日）を記入した上で、記名をお願いします。