

特定医療費(指定難病)支給認定申請書

申請区分	新規・更新・変更	受給者番号				
岩手県知事 殿		年 月 日				
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、下記のとおり申請します。						
患者	フリガナ				生年月日	
	氏名				大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	
	マイナンバー				電話 ()	
	住所	〒 ー 岩手県				
	加入医療保険	被保険者氏名			続柄	本人・家族
		保険種別	協会健保・健康保険組合・共済・船員・市町村国保・国保組合・後期高齢・生活保護			
		保険者名称			記号・番号	
疾患番号・疾患名				変更の有無 (更新・変更の場合)	無・有(氏名・住所・保険)	
※下記に該当する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> したうえで必要事項を記入してください。(患者本人が申請する場合は記入不要) <input type="checkbox"/> 保護者が申請する場合(保護者欄を記入してください) ※患者が18歳未満の場合 <input type="checkbox"/> 患者又は保護者以外の方に申請手続きを委任する場合(代理人欄を記入してください)						
保護者	フリガナ				患者との関係	
	氏名					
	マイナンバー				電話 ()	
	住所 (患者と異なる場合)	〒 ー 岩手県				
代理人	患者又は保護者 氏名 _____					
	私は、マイナンバーの提供を含む申請書の提出に係る権限を次の代理人に委任します。					
	住所	〒 ー				
	氏名	申請者との関係		電話	()	
受給者証等の送付先 (該当する区分に○)	患者・保護者・代理人・その他 ※ その他の場合のみ下記に記入してください。					
	住所	〒 ー				
受診を希望する指定医療機関 (病院及び診療所 調剤薬局 訪問看護ステーション)	医療機関名(調剤薬局は支店名まで記載)		所在市町村名		受付印	
自己負担上限額の特例 (今回該当する特例に○)	高額かつ長期 (※1)	軽症者特例 (※2)	人工呼吸器等装着 (※3)	世帯内按分 (※4)		

- ※1 支給認定を受けた月以降の月ごとの医療費総額(10割)が50,000円を超える月が直近1年間に6回以上ある場合
- ※2 重症度分類を満たさないものの、月ごとの医療費総額(10割)が33,330円を超える月が直近1年間に3回以上ある場合
- ※3 継続して常時生命維持管理装置(人工呼吸器、体外式補助人工心臓)を装着する必要がある日常生活動作が著しく制限されている場合
- ※4 患者と同じ医療保険に加入して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がいる場合

保健所記入欄	申請区分	<input type="checkbox"/> 所得区分 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> 高額長期 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 按分 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 疾患追加 <input type="checkbox"/> 疾患変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> みなし寡婦				
	世帯の市町村 民税課税状況	非課税	<input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超		自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 世帯内按分
		課税	<input type="checkbox"/> 所得割 円(課税額) <input type="checkbox"/> 均等割			
	階層区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 一般I <input type="checkbox"/> 一般II <input type="checkbox"/> 上位			自己負担上限額	円
添付書類	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証写し <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 保険者照会同意書 <input type="checkbox"/> 医療費申告書 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票 <input type="checkbox"/> 受給者証写し <input type="checkbox"/> 按分相手受給者証写し <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他()					

■世帯調書

- ・患者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください。
- ・住民票が別でも同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入してください。

					保健所記入欄
氏名	患者との続柄	特定医療費・小児慢性 特定疾病受給の有無	被用者保険の 被保険者 (被保険者に○)	税証明提出 (提出者に○)	市町村民税 (所得割)課税年額
マイナンバー		受給者番号			
	本人	小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
所得割合計額					円

自己負担上限額に関する事項(所得を確認する書類を提出しない方のみ記入)
 自己負担上限額の階層区分が上位所得となることについて了承し、所得を確認する書類を提出しません。

患者又は保護者 氏名 _____

※ 国保組合の方は、医療保険の所得区分の確認のため、所得を確認する書類を省略できないことから、こちらの自署はできません。

■臨床調査個人票の研究利用について

別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、臨床調査個人票の研究等への利用について同意いただける場合は次の欄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。

年 月 日

厚生労働大臣 殿 患者又は保護者 氏名 _____

■現在の療養状況等について

県の難病対策に活用するため、下記の調査にもご協力をお願いします。(該当するものに○をつけてください)

療養場所 1. 在宅(検査・レスパイト等一時的な入院含む) 2. 長期入院 3. 施設入所
(病院名/施設名 _____)

生活状況 1. 就労・就学をしている 2. 家事や家の仕事をしている 3. 療養(病気のため就労・家事等が困難)

身体状況 1. 自力で歩行可能 2. 杖などが必要 3. 手を引くなどの介助により移動 4. 車いすによる移動
5. ベッドなどでなければ移動できない

介護保険 1. 未申請 2. 申請中 3. 認定済み (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

障害福祉サービス 1. 未申請 2. 申請中 3. 認定済み (障害区分 1・2・3・4・5・6)

身体障害者手帳 1. 未申請 2. 申請中 3. 有り (障害区分名 _____ / 種 級)

医療処置等の状況 1. 経管栄養 2. 人工呼吸器(気管切開・鼻マスク又は顔マスク) 3. 人工透析 4. 在宅酸素
5. たん吸引(電気式) 6. その他(_____)

医療機器の使用者 非常用電源装置 1. あり (□自己所有 □借用 借用先: _____) 2. なし
外部バッテリー 1. あり (□自己所有 □借用 借用先: _____) 2. なし

■災害時支援のための個人情報の提供について

市町村では、防災施策において特に配慮を要する方のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿(避難行動要支援者名簿)の作成等を行っていますが、特定医療費(指定難病)の支給認定等の事務を県が行っている関係上、難病患者の情報を市町村は把握することが出来ないため、県から市町村に対して情報提供する必要があります。

災害対策基本法(昭和36年法律第223号)の規定に基づき、市町村から求めがあった場合、ご本人の同意の有無に関わらず、県が保有している個人情報を提供できるとされていますので、あらかじめご了承ください。