

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）

（表面）

岐阜県知事 様		年 月 日			
支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。					
受給者番号		(受給者番号は、更新又は変更の場合のみ記載してください。)			
患者 (受診者)	フリガナ	年齢	生年月日		
	氏名	歳	年 月 日		
	郵便番号	〒	電話番号		
	居住地 (住所)	個人番号			
	加入 医療保険	保険種別番号	被保険者氏名	患者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者の()	
		保険者名		被保険者等記号・番号	
申請者	フリガナ	患者との関係			
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 保護者(続柄)			
	(郵便番号、電話番号及び住所は、申請者が患者本人の場合は記載不要)				
	郵便番号	〒	電話番号		
	居住地 (住所)	個人番号(申請者が保護者の場合のみ記載)			
	受給者証等 の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者居住地 <input type="checkbox"/> 下記に送付 〒			
指定難病の 名称(病名)			疾患コード		
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む。)	医療機関の名称	所在地	医療機関コード		
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 (備考5,7)	年 月 日	【左記の欄が申請日から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"/> 症状の悪化等により、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こと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()			
診断年月日 (備考6,7)	年 月 日	軽症高額の基準を満たした日の翌日 (軽症者特例の申請をしない場合は記載不要)(備考7)	年 月 日		
自己負担上限額 の特例 (該当する場合は 「○」を付けてくださ い。)	人工呼吸器等装着	患者と同じ医療保険上の世帯内にいる者のうち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 (該当がある場合のみ記載)	医療費助成制度	受給者番号	氏名
	高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		
	軽症者特例		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		
	重症患者認定		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		

裏面も記載してください。

保健所使用欄			保健所		保健医療課	
保健所名	保健所					
申請受理日	年 月 日					
送付先	患・保・代・他	委任状 有・無				
非課税・課税[]	コード					
<input type="checkbox"/> 疾患追加変更 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 階層 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 按分	コード →					
マイナンバー連携	有・無					

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 5 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日（臨床調査個人票に記載された診断年月日）若しくは軽症高額の基準を満たした日の翌日又は申請日から1か月前の日（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か月前の日）のいずれか遅い日まで遡ることとします。そのため、申請日にかかわらず、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を記載してください。
 6 「診断年月日」は、臨床調査個人票に記載された診断年月日を記載してください。
 7 「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」、「診断年月日」及び「軽症高額の基準を満たした日の翌日」は、更新申請の場合、原則記載不要です。

(参考) 保険種別番号の一覧

保険種別		加入医療保険	保険種別		加入医療保険
被 用 者 保 険	1 協会健保	全国健康保険協会	国 民 健 康 保 険 等	5 国保一般	国民健康保険
	2 健康保険組合	健康保険組合		6 国保退職	国民健康保険 退職者
	3 共済組合	共済組合		7 後期高齢	後期高齢者医療
	4 船員保険	船員保険		8 国保組合	国民健康保険組合

○臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意について ※ 別添「研究利用に関するご説明」をご確認ください。

厚生労働大臣 殿

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。

申請者（患者）氏名

※患者本人か保護者（患者が18歳未満の場合）の氏名を記入

○支給認定に係る情報の提供に関する同意について ※患者又は保護者の住所が岐阜市の場合のみ記載

支給認定事務を円滑に実施するため、支給認定に係る情報を岐阜県から岐阜市へ提供することに同意します。

はい・いいえ

○登録者証申請

申請する・申請しない

※「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ります。

※原則として、マイナンバー情報連携を活用します。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

委任状

岐阜県知事 様

年 月 日

委任者 住所
 （患者又は保護者）

氏名

私は下記の者を代理人として、指定難病特定医療費の支給認定申請に関する権限を委任します。

記

代理人 住所 〒 - TEL - -

氏名 [委任者との関係]

- ※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。
 ※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。