

(表)

様式第1号 (第2条関係)

特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書 (新規・変更)			受給者番号	軽	高	人	按	複			
受診者	フリガナ				性別	生年月日			年齢		
	氏名				男・女	年 月 日			歳		
	住所	郵便番号	-		電話番号						
	1月1日現在の住所	都・道 府・県	市・区 町・村		自宅	-	-	携帯	-	-	
	※1月1日現在の住所について、1月から6月までに申請する場合は、前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は、当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。										
加入医療保険	保険者名 (発行機関名)				保険種別	国保・国保組合・後期 組合・協会・共済 その他 ()					
	記号・番号 (被保険者番号)					受診者との 関係					
	被保険者氏名										
個人番号											
申請者	※ 受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください (この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。) ※ 申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。										
	フリガナ				受診者との 関係	電話番号					
	氏名				⑩	自宅	-	-	携帯	-	-
	(自署する場合は、押印は不要です。)										
住所	郵便番号	-		個人番号 (保護者のみ記入)							
指定難病の名称											
負担上限月額の特例 (該当箇所にレ点)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 (臨床調査個人票に記載が必要)			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (負担上限月額管理票等のコピーが必要)						
		<input type="checkbox"/> 軽症高額該当 (負担上限月額管理票等のコピーが必要)									
受診を希望する指定医療機関 (県外の医療機関を含む。) ※書ききれない場合は、任意の用紙に記載し添付してください。											
区分 (該当するものに○印をつけてください。)		医療機関名 (支店名まで記入してください。)				所在地					
1	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
2	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
3	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
4	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
5	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
6	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
7	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
8	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。											
(宛先) 静岡市長											
年 月 日											

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下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。

厚生労働大臣 様

年 月 日

受診者氏名

⑩

(自署する場合は、押印は不要です。)
(受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。)

(裏)

1 受診者と同じ医療保険に加入している方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	続柄	受給資格 (該当するものに○印を付してください。)	1月1日現在の住所所在地		個人番号														
	受診者と同じ	本人	小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村															
1			なし・指定難病・小児慢性																	
2			なし・指定難病・小児慢性																	
3			なし・指定難病・小児慢性																	
4			なし・指定難病・小児慢性																	
5			なし・指定難病・小児慢性																	
6			なし・指定難病・小児慢性																	
7			なし・指定難病・小児慢性																	

(注) 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は、前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は、当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 生活保護受給について該当する方に○を付けてください。

生活保護受給の有無	有 ・ 無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有 ・ 無 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を御記入ください。

3 受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者全て）に、下記の表に記されている収入がある場合、その金額について記入し、振込通知書等収入金額のわかるものの写しを提出してください。なお、下記の表の収入が無い場合は0円と記入してください。

氏名			氏名		
収入の区分	種類 (該当するものに○を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類 (該当するものに○を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

(注) 記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は、前々年（1月から12月まで）の収入金額、7月から12月までに申請する場合は、前年（1月から12月まで）の収入金額としてください

本申請書及び添付資料の御提出をもって、申請書等の内容（個人番号を除く）が、静岡市の実施する以下の難病対策事業に活用されることに同意したものとします。

- ・ 難病をお持ちの方やその御家族に対する現状の施策向上や新規事業を検討するための資料とする。
- ・ 保健所が行う訪問相談や医療相談の御案内に利用する。
- ・ 自然災害発生に備え支援が必要な方を事前に把握し、発災後の円滑な支援を行うための資料とする。

書類別送先（希望者のみ記入）

フリガナ				受診者との続柄
氏名				
住所	郵便番号	-		
電話番号	自宅	-	携帯	-

申請内容問い合わせ先（受診者・保護者以外の場合記入）

フリガナ				受診者との続柄
氏名				
住所	郵便番号	-		
電話番号	自宅	-	携帯	-