

3	受診者 (変更後)	フリガナ		電話番号			
		氏名		(自宅)	(携帯)		
		住所	〒				
4	保護者 (変更後) <small>(受診者が18歳未満の場合)</small>	フリガナ		受診者との関係	電話番号		
		氏名			(自宅) (携帯)		
		住所	〒	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ			
5	送付先 (変更後)	フリガナ		受診者との関係	電話番号		
		氏名			(自宅) (携帯)		
		住所	〒				
6	個人番号	「2 支給認定基準世帯員等」欄に記載のとおり					
7	疾病の 追加・削除等	<input type="checkbox"/> 追加	告示番号	市記入欄	<input type="checkbox"/> 追加	告示番号	市記入欄
		<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 削除		
		<input type="checkbox"/> 変更 (変更前)			(変更後)	告示番号	市記入欄
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着					
8	高額かつ長期	申請月以前の12か月間(支給認定を受けた月以後に限る。)に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上ある場合					
9	階層区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税額等の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()					
10	按分対象者	「2 支給認定基準世帯員等」欄に記載のとおり					

申立事項					
<input type="checkbox"/> 市町村民税の額を証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了承します。					
<input type="checkbox"/> 年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了承します。					
<input type="checkbox"/> 受診者又はその保護者には、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。					
<input type="checkbox"/> 受診者又はその保護者には、以下の収入があります。 ※収入額の方かる書類の添付が必要です。					
<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他 ()					
<input type="checkbox"/> その他 ()					

支給開始日の遡りについて(疾病の追加・変更の場合に記入してください。)					
申請日より前に遡ることを <input type="checkbox"/> 希望する(下記の欄への記載が必要です。) <input type="checkbox"/> 希望しない(下記の欄への記載は不要です。)					
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(注)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日の場合は、その理由】 <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 ()			
注意 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(やむを得ない理由により申請できなかった場合は、最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能です。ただし、支給開始日は、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されるため、記載した日付とならない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。					

臨床調査個人票情報の研究等への利用について					同意欄
※別添の同意に関する説明を御確認の上、右の同意欄に○印を記入し、同意される方は、以下に署名をお願いします。					
私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たって提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。					同意する . 同意しない
厚生労働大臣 殿	年 月 日				
患者署名 _____	※患者本人が署名し、又は代理人が患者氏名を記入してください。				
代理人署名 _____	※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認した上で、代理人が署名してください。				

事務 処理 欄	個人番号の取得	個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票
	可 ・ 不可	本人確認(1点)	個人番号カード・運転免許証・旅券・その他 ()
		本人確認(2点)	健康保険証・年金手帳・難病受給者証・その他 ()
	代理権確認	任意代理人(委任欄)・法定代理人(戸籍謄本・その他 ())	