

## 堺市特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）

堺市長殿

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。  
 また、堺市において、本申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報と個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

※必要事項を記入し、該当する項目に☑又は○印を記入してください。

		申請日	年	月	日	
<b>受診者</b>	フリガナ					電話番号
	氏名					(自宅) (携帯)
<b>申請者</b> <small>受診者が 未就学児 は保険者 の第1者</small>	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。 ※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。 ※申請者欄の以下の項目への記入が必要です。				
	(フリガナ) 氏名	電話番号	(自宅) (携帯)			
	住所	〒	☐ 受診者と同じ		受診者との関係	
<b>送付先</b>	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり				
	(フリガナ) 氏名	電話番号	(自宅) (携帯)			
	住所	〒			受診者との関係	

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項欄

注意 受給者証記載事項欄の内容に変更がある場合は、変更箇所にも二重線を引き、変更後の内容を記載するとともに、堺市特定医療費（指定難病）支給認定変更届出書兼変更申請書の提出が必要です。

<b>事務処理欄</b>	保健センター受付欄	本庁受付欄	有効期間	年 1 月 1 日 ~ 年 12 月 31 日		<b>1 枚 目</b>	
			階層区分		適用区分		
			A ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ・ D				
			備考欄	変更	無 ・ 有 ・ 現不要		判定
				1 疾病・人工呼吸器等	重症度		軽高
				2 保険・世帯員	満たす		-
			3 高長・階層・按分				
			4 住所・氏名・医療機関	不明	該当		
			保険者照会				
			1 不要	満たさない	非該当		
			2 要（社保非課税・国保組合）				
担当：		担当：					

**支給認定基準世帯員等**

(フリガナ) 氏名 (注1) 生年月日	続柄	保険情報		按分対象者 (注3)		市記入欄
		同一保険 (注2)	種別	1月1日現在の住所 (注4)	個人番号 (注5)	
受診者	本人	○	国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	小慢 ( )		所得割・均等割・年収額
年 月 日 ( 歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病 ・ 小慢 ( )		所得割・均等割・年収額
年 月 日 ( 歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病 ・ 小慢 ( )		所得割・均等割・年収額
年 月 日 ( 歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病 ・ 小慢 ( )		所得割・均等割・年収額
年 月 日 ( 歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病 ・ 小慢 ( )		所得割・均等割・年収額

注意

- 1 住民票の同一世帯員全員を記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険への加入者は、受診者とは別世帯であっても記入してください。
- 2 受診者と同じ医療保険に加入している場合は、○印を記入してください。
- 3 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している場合は受給者番号を、申請中の場合はその旨を記入してください。
- 4 当年の1月1日現在の住所が堺市外である場合は、記入してください。
- 5 受診者、保護者及び受診者と同じ医療保険への加入者（被用者保険の場合は被保険者のみ）で過去に一度も届け出たことがない場合のみ記入してください。

自己負担上限額の 特例等	人工呼吸器等装着 (人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を使用している場合)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	軽症高額 (申請する難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年3回以上ある場合)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	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)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	按分対象者 (特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している支給認定基準世帯員がいる場合)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

**申立事項**

- 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。
- 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。
- 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。
- 受診者又はその保護者には、以下の収入があります。 ※収入額の方の書類の添付が必要です。
  - 障害年金       遺族年金       特別児童扶養手当       その他 ( )
- その他 ( )

**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。）** ※医療機関名は、受給者証へは記載されません。

名称	所在地	市記入欄
	〒 (電話番号)	
	〒 (電話番号)	
	〒 (電話番号)	

**臨床調査個人票情報の研究等への利用について**

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 ( )	