

堺市特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

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を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。

		申請日	年 月 日			
※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。						
受診者	フリガナ			生年月日	年齢	
	氏名			年 月 日	歳	
	住所	〒	電話番号 (自宅) (携帯)			
申請者 <small>受診者が18歳未満の場合は保護者</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		受診者との関係	生年月日 ※保護者の場合のみ		
	氏名			年 月 日		
	住所	〒	電話番号 (自宅) (携帯)			
送付先	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		受診者との関係	電話番号	(自宅) (携帯)	
	住所	〒				
医療保険等	種別	市町村国保・後期高齢・国保組合・被用者保険・生活保護等（保険有）・生活保護等（保険無）				
	被保険者証	(記号)	(番号)	(枝番)		
	(フリガナ)被保険者氏名				受診者との関係	
	保険者	(番号)	(名称)			
疾病名	①	告示番号	市記入欄	②	告示番号	市記入欄
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	申請月以前の12か月間に、上記の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

新規・転入・再申請（診断基準・重症度） 新規（更新切れ）・再申請（軽高）		受給者番号				【1枚目】
有効期間		階層区分			適用区分	
年 月 日 ~	年 月 日	A・B1・B2・C1・C2・D				
保健センター受付欄	本庁受付欄	備考欄				
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) 1月1日現在の住所 (注4) 個人番号 (注5)		市記入欄
		同一保険 (注2)	種別			
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

注意

- 1 住民票の同一世帯員全員について記入してください。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 申請が1月～6月の場合にあつては前年の、7月～12月の場合にあつては当年の1月1日現在の住所が堺市外であるときは、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）は、個人番号を記入してください。

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。 ※収入額の分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		
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 ()

※別添 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。

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、受給者証には記載されません。		
名 称	所 在 地	市記入欄
	〒 (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		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。		同意する ・ 同意しない
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。		
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	【2 枚目 】	
	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 ()			