

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。

※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			
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	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			
受診者が18歳未満の場合には保護者の	住所	〒	電話番号 (自宅) (携帯)			
		<input type="checkbox"/> 受診者と同じ				
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	

		受給者番号				【1枚目】
新規・転入・再申請 (診断基準・重症度) ・取下げ再申請 (診断基準・重症度)						
新規 (更新切れ) ・再申請 (軽高) ・取下げ再申請 (軽高)						
有効期間		階層区分			適用区分	
年 月 日 ~ 年 月 日		A ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ・ D				
事務処理欄	保健センター受付欄	本庁受付欄	備考欄			
	担当:	担当:				

