

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堺市個人情報保護条例（平成14年条例第38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。

市記入欄	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）	申請日	年 月 日	
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	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	
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 受診者と同じ	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)	
	(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
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 <small>※転入・更新切れ新規の場合のみ</small>	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

注意

- 受診者欄は受診者が、申請者欄は申請者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。
- 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。

受給者番号				
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：	

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月の場合にあっては前年の、7月～12月の場合にあっては当年の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、提出した書類に記載されている金額のほか、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、提出した書類に記載されている金額のほか、以下の収入があります。 ※収入額に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 ()

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。） ※受給者証に記載する医療機関は、原則、堺市内の医療機関のみです。		
名 称	所 在 地	市記入欄
	〒 (電話番号)	
	〒 (電話番号)	
	〒 (電話番号)	
	〒 (電話番号)	

診断書（臨床調査個人票）の研究利用について	同意欄
※別添「研究利用に関するご説明」をご確認の上、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、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に同意します。	
厚生労働大臣 殿	年 月 日
受診者氏名 _____	申請者氏名 _____ ※受診者本人が申請者の場合は、申請者氏名の記入は不要です。

注意 受診者氏名は受診者が、申請者氏名は申請者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。

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 ())	