

# 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。

受診者	フリガナ	サカイ ハナコ		月	日
	氏名	堺 花子		電話番号	
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者と <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として		以下の項目への記入は不要です。	
	(フリガナ) 氏名			電話番号	(自宅) (携帯)
	住所	〒		受診者との関係	
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		電話番号 (自宅) (携帯)	
	(フリガナ) 氏名				
	住所	〒		受診者との関係	

自署でない場合、氏名の横に押印が必要です。

左づめ、性と名前の間は1マス空けて記入ください。

受診者以外の方が申請される場合は記入ください。

受給者証の送付先にチェックし、受診者・申請者と異なる場合は記入ください。

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項欄	堺市特定医療費（指定難病）受給者証		指		
	公費負担者番号	1234567			
	受給者番号	1234567			
	受診者	住所	堺市堺区〇〇丁〇町〇番 北区▲丁▲町▲番		
		フリガナ			負担
		氏名			
	生年月日	性別			保護者 (受診者が18歳未満の場合記載)
	保険者		氏名	住所	
	被保険者証の記号及び番号		適用区分		
	病名		〇〇〇〇		備考
有効期間					
月額自己負担上限額	階層区分				

受給者証の記載内容に変更がある場合は、その部分を二重線で訂正し、必要時変更届等をご提出ください。（既に手続き中の場合は不要です）

- 注意
- 1 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。
  - 2 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。
  - 3 受給者証記載事項欄の内容に変更がある場合は、変更箇所を二重線を引き、変更後の内容を記載するとともに、変更届出書兼変更申請書の提出が必要です。

事務処理欄	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	
	担当：	担当：	階層区分		適用区分
			A ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 ・ D		
			備考欄		判定
			1 疾病・人工呼吸器等	変更	無 ・ 有 ・ 現不要
2 保険・世帯員			満たす	—	
3 高長・階層・按分			不明	該当	
4 住所・氏名・医療機関			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)					

支給認定基準世帯員等

(フリガナ) 氏名 (注1)	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 生年月日	本人	○	国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病 ・ 小慢 ( )		
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

受給者と同じ医療保険に加入されている場合、○をしてください。

当年の1月1日現在の住所が堺市外である場合は、ご記入ください。

受診者と同じの医療保険に加入している方の中に、有効な指定難病・小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちの方がいる場合、受給者番号をご記入ください。

・住民票の同一世帯員全員をご記入ください。  
・受診者と同じ医療保険加入者は、別世帯でも記入が必要です。

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"/> 該当 <input type="checkbox"/> なし

自己負担上限額管理票を確認いただき、該当の有無について記入ください。

申立事項	
<input type="checkbox"/> 市町村民税の額を	該当する方は、必ずチェックをしてください。
<input type="checkbox"/> 年収を証明する書	の階層区分が「上
<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。	階層区分が「低所
<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。 ※収入額の方の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。）

区分	名称	所在地	市記入欄
<input type="checkbox"/> 追加		(電話番号)	
<input type="checkbox"/> 削除			
<input type="checkbox"/> 追加			
<input type="checkbox"/> 削除			
<input type="checkbox"/> 追加			
<input type="checkbox"/> 削除			

・受給者証に記載がなくても、指定医療機関であれば受給者証を使用できます。  
・医療機関の追加・削除を行う場合はこちらにチェックし、下欄に名称・所在地を記入ください。  
・なお、受給者証に記載される指定医療機関は、臨床調査個人票を作成した医療機関及び堺市内の指定医療機関のみとなります。

臨床調査個人票を厚生労働省の研究事業の資料として提出することについて、いずれか○をしてください。

診断書（臨		同意欄
※別添「研究利		を願います。
私は、指定難病の研究に推進するにあたり、提出した臨床調査個人票から、研究に活用するご説明」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。		同意する
厚生労働大臣 殿	年 月 日	同意しない
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 ( ) )	