

(様式第1号)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更)(※1)

病名			*受給者番号(※2)							
受診者	フリガナ		性別	1 男 2 女	年齢		歳			
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日			
	個人番号	登録済・未登録		1	2	3	4			
	郵便番号	〒								
	住所									
	電話番号	() -		携帯電話番号						
加入医療保険	フリガナ		受給者との続柄							
	被保険者氏名									
	<input type="checkbox"/> 1 健保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 2 国保(一般) <input type="checkbox"/> 3 退職者国保(本人・家族)									
	<input type="checkbox"/> 4 国保組合 <input type="checkbox"/> 5 後期高齢者医療保険									
	健康保険者証発行機関名									
	*健康保険者コード					*高額療養費適用区分				
健康保険者証記号番号										
者	身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無		種級	年月日取得					
	介護保険の要介護認定	<input type="checkbox"/> 1 有 () <input type="checkbox"/> 2 無								
	生活・療養の状況	社会活動	1、就労 2、就学 3、家事労働 4、在宅療養 5、入院 6、入所 7、その他							
		日常生活	1、正常 2、やや不自由であるが独力で可能 3、制限があり部分介助 4、全面介助							
保護者(※3)	フリガナ			受診者との関係						
	氏名									
	個人番号	登録済・未登録		電話番号						
	住所									
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期						
		<input type="checkbox"/> 軽症者特例								
*所得階層区分		生保・低I・低II・一般I・一般II・上位			<input type="checkbox"/> 障害年金等受給(※5)					
指定医療機関										
臨床調査個人票の研究利用についての同意	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する(詳細については裏面を参照)。									
私は、上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定医療費の支給を申請します。										
福井県知事 様		申請者氏名 (受診者または保護者)			年 月 日		印 (※4)			
*保健所名	*認定期間	年	月	日	~	年	月	日		
保健所										

【裏面あり】

(裏面)

<同意について>

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

(記入要領)

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 更新または変更の方のみ記入。

※3 受診者が18歳未満の方のみ記入

※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

申請者氏名は、受診者本人か保護者(受診者が18歳未満の場合)の氏名を記入。

※5 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合、受診者または保護者が以下の年金等を受給している場合は、年金証書、給付決定通知書、入金記録のある通帳など受給額のわかる書類の写しを添付すること。(障害基礎・障害厚生・障害共済年金、遺族基礎・遺族厚生・遺族共済年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別障害者手当、特別障害給付金、障害補償給付、その他)

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する者)

	世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄	指定難病または小児慢性 特定疾病医療受給者番号
1		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
2		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
3		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
4		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
5		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
6		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
7		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
8		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
9		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
10		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性

※連絡先および受給者証の送付先が受診者以外の場合にご記入ください。

連絡先	住所				
	氏名		電話番号		受診者との続柄
送付先	住所				
	氏名		電話番号		