

### 特定医療費(指定難病)支給認定申請書

申請区分	新規・更新・変更	受給者番号				
岩手県知事様		年 月 日				
難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項(第10条第1項)の規定により、下記のとおり申請します。						
患者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年 月 日 ( 歳)	
	マイナンバー				電話	
	住所	〒 - 岩手県				
	加入医療保険	被保険者氏名			続柄	本人・家族
		保険種別	協会健保・健康保険組合・共済・船員・市町村国保・国保組合・後期高齢・生活保護			
		保険者名称			記号・番号	
疾患番号・疾患名				変更の有無 (更新・変更の場合)	無・有(氏名・住所・医療保険)	
保護者が申請する場合は次の保護者欄を記入してください。 ※患者が18歳未満の場合						
保護者	氏名(フリガナ)	( )			患者との関係	
	マイナンバー				電話	
	住所(患者と異なる場合のみ記入)	〒 - 岩手県				
患者又は保護者以外の方に申請手続きを委任する場合は、次の代理人欄を記入してください。						
代理人	患者又は保護者 氏名 _____					
	私は、マイナンバーの提供を含む申請書の提出に係る権限を次の代理人に委任します。					
	住所	〒 -				
	氏名	申請者との関係		電話		
受給者証等の送付先	患者・保護者・代理人・その他 (該当する区分に○)					
	※ その他の場合のみ下記に記入してください。					
	住所	〒 -				
自己負担上限額の特例の申請 (今回申請する特例がある場合に○)	高額かつ長期	受給を開始した月以降の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が申請月以前の12か月以内に6回以上の場合				
	軽症者特例	医療費総額(10割)が33,330円を超える月が申請月以前の12か月以内に3回以上ある場合(重症度分類を満たさない場合該当)				
	人工呼吸器等装着	継続して常時生命維持管理装置(人工呼吸器、体外式補助人工心臓)を装着する必要があり日常生活動作が著しく制限される場合				
	世帯内按分	患者と同じ医療保険に加入している指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者がいる場合				
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 (臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載)	年 月 日	左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由(該当するものに○)				
		臨床調査個人票の受領に時間を要したため				
		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				
		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				
		その他の理由				
※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が行え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						
受診を希望する指定医療機関  (病院及び診療所 調剤薬局、 訪問看護ステーション)	医療機関名(調剤薬局は支店名まで記載)			所在市町村名	受付印	
					支給開始予定日 ( )	

保健所記入欄	申請区分	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> 高額長期 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 世帯内按分 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 疾患追加 <input type="checkbox"/> 疾患変更 <input type="checkbox"/> 転入				
	世帯の市町村 民税課税状況	非課税	<input type="checkbox"/> 826,500円以下 <input type="checkbox"/> 826,500円超		(変更前の)自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 世帯内按分
	階層区分	<input type="checkbox"/> 生保(A) <input type="checkbox"/> 低I(B1) <input type="checkbox"/> 低II(B2) <input type="checkbox"/> 一般I(C1) <input type="checkbox"/> 一般II(C2) <input type="checkbox"/> 上位(D)	円(課税額) <input type="checkbox"/> 均等割		自己負担上限額	円
	添付書類	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 医療費申告書 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票のコピー <input type="checkbox"/> 受給者証のコピー <input type="checkbox"/> 按分相手受給者証のコピー <input type="checkbox"/> 次の書類を省略(医療保険に関する書類のコピー <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 ※省略しない場合はチェック) <input type="checkbox"/> 非課税収入に係る申告書兼同意書 <input type="checkbox"/> その他( ) 保険者コード				

■世帯調書

【次の表に記入が必要な方】 支給認定世帯基準員 (=患者と同じ医療保険に加入している方全員)  
(国保・後期高齢・国保組合以外の場合は、住民票が異なる場合も含めて、被保険者のみを記入)

保健所記入欄

Table with columns: フリガナ (氏名, マイナンバー), 生年月日, 患者との続柄, 特定医療費・小児慢性特定疾病受給の有無 (受給者番号), 1月1日時点の住民票の市町村名, 市町村民税(所得割)課税年額. Includes a '所得割合計額' row at the bottom.

自己負担上限額に関する事項 ※所得を確認する書類を提出しない方のみ記入  
自己負担上限額の階層区分が上位所得となることについて了承し、所得を確認する書類を提出しません。

患者又は保護者 氏名

■指定難病登録者証の申請について

該当するものに○をつけてください。

Table for application status with columns: 指定難病医療費助成が不認定の場合に、指定難病登録者証を申請しますか。(登録済の方は記載不要), 1. 申請する, 2. 申請しない, ※県使用欄. Includes a note about application reasons.

■現在の療養状況等について

県の難病対策に活用するため、下記の調査にも御協力をお願いします。(該当するものに○をつけてください)

Table for current care status with rows: 療養場所, 生活状況, 身体状況, 介護保険, 障害福祉サービス, 身体障害者手帳, 医療処置等の状況, 医療機器の使用者.

■災害時支援のための個人情報の提供について

災害対策基本法(昭和36年法律第223号)の規定に基づき、市町村から求めがあった場合、患者御本人の同意の有無に関わらず、県が保有している個人情報を提供できることとされていますので、あらかじめ御了承ください。