

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 (新規は記入不要)										
受診者	フリガナ										生年 月日		年 月 日 () 歳			
	氏 名															
	個 人 番 号															
	住 所		(郵便番号)								(電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)					
	加入している 医療保険		保険種別		全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・ 後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ()											
記号・番号・枝番							保険者の 名称									
病 名																
受診を希望する 指定医療機関 (病院・診療所、調剤 薬局、訪問看護事業 所)			医 療 機 関 名								所 在 地					
【要確認】 該当する項目に チェックを記入	☐	受診者（受診者が 18 歳未満の場合は保護者）が難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 8 条各号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）を受けている。														
	☐	受診者の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無								☐ 有（受給者番号 ） ☐ 無（申請中の場合は病名 ）						
	☐	人工呼吸器等装着		次の 1 及び 2 のいずれも満たす者 1 次の生命維持管理装置を継続して常時装着する必要がある者 (1) 気管切開口又は鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 2 日常生活動作が著しく制限されている者												
	☐	高額かつ長期		月ごとの医療費総額が 5 万円を超える月が 1 年間に 6 回以上ある者												
	☐	軽症高額該当		症状が軽症で、月ごとの医療費総額が 33,330 円を超える月が 1 年間に 3 回以上ある者												
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		年 月 日		左欄の年月日が申請日から 1 箇月前の日より前の年月日である理由がある場合はチェックする。 ☐ 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 ()												
特定医療費の支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項の規定により、上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者（受診者又はその保護者） 住 所 氏 名 山形県知事 殿																
申請手続等 を委任する 場合	私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。 申請者（受診者又はその保護者）氏名 _____															
	受任者	住 所（郵便番号）				（電話番号）				（受診者との続柄）						
		氏 名														

備考 1 「申請区分」及び「加入している医療保険の保険種別」については該当するものを○で囲むこと。
2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日（軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日）又は申請日の 1 箇月前（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 箇月前）の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能であるので、「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」については、申請日にかかわらず、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すること。

県記入欄	A 生保 ・ B 1 低 I ・ B 2 低 II ・ C 1 一般 I ・ C 2 一般 II ・ D 上位					一次判定		一次審査		二次審査	
	人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 軽症高額 ・ 多群 ・ 同一世帯							適	否	適	否
	公的年金等収入額 (A)	合計所得金額 (B)	障害年金等の額 (C)	(A) + (B) + (C)	本人確認者	☐	適				
						☐	軽症高額				
			☐ 書類添付なし			☐	要審査				

世帯について (受診者と同一の医療保険に加入している者)	氏名及び個人番号		受診者 との 続柄	職業又は 就学の状 況等	生年 月 日	特定医療費(指定難病)又は小児慢性 特定疾病医療費の支給認定の有無							
			本人		年 月 日								
					年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)							
	個人番号												
					年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)							
	個人番号												
					年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)							
	個人番号												
					年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)							
	個人番号												
					年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)							
	個人番号												
受診者の 保護者 (受診者が 18歳未満の場 合に記入する こと)	フリガナ					受診者との続柄							
	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所 (受診者と同じ場合 は記入不要)	(郵便番号)				(電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)							

備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。

2 「特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無」の欄については、該当するものを○で囲むこと。また、「有」を○で囲んだ場合には、認定を受けている医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「無」を○で囲んだ場合で申請中の場合は病名を記入すること。

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄にチェックを記入してください。	☐ 秘匿を希望する
---	----------------------------------