

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【新規】

私は、下記のとおり、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（詳細については裏面を参照）に同意し、特定医療費の支給を申請します。

佐賀県知事 様 平成 年 月 日
〒 -

① 申請者住所 _____ 電話番号 _____
申請者氏名 _____ ⑤ 受診者との続柄 _____

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。

| | | | | | |
|------------------------|------------|--------------------------------|----------|---------------------|-----------|
| ② 現受給者番号 (既に受給中の場合) | | ③過去の 受給歴 | | あり ・ なし (受給期間:) | |
| ④ 受診者 | フリガナ | 性別 | 年齢 | 生年月日 | |
| | 氏名 | 男・女 | 歳 | 大正 昭和 平成 | |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 (-) ※ 屋間に連絡のつく番号 | | | |
| | 加入医療 保険 | フリガナ | | | 被保険者証記号番号 |
| 被保険者氏名 | | | | 記号 | |
| 受診者との続柄 | | | | 番号 | |
| | | 保険者名 | | | |
| ⑤ 病名 | | | | | |
| ⑥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"/> | 軽症高額該当 | | |

⑦ 受給者証等の送付先を申請者住所以外に指定する場合は下記欄に記入

| | | | |
|----|---------------------------|--|------------|
| 住所 | (〒 -) (電話番号 - -) | | 保健福祉事務所受付印 |
| 氏名 | 受診者との続柄 | | |

裏面あり

御提出いただいた個人情報は、特定医療費(指定難病)の支給認定に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。提出された臨床調査個人票に応じて、医師に連絡をする場合がございます。

<臨床調査個人票の研究利用に関する同意について>

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。

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| ⑧ 公的年金等の収入(※) | 有 | ・ | 無 |
|---------------|---|---|---|

(※) 所得税法上収入又は厚生労働省令で定める給付。例：障害年金、遺族年金、寡婦年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等

⑨ 受診希望医療機関等

| | 名 称 | 所 在 地 |
|----------------------|-----|-------|
| 医療機関 訪問看護 事業者等 | | |
| 薬 局 | | |

⑩ 特定医療費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 | 続柄 | 世帯員氏名・個人番号 | 続柄 |
|----|------------|----|------------|----|
| 本人 | | 5 | | |
| 2 | | 6 | | |
| 3 | | 7 | | |
| 4 | | 8 | | |

| | |
|--|---------------------------|
| ⑪ 上記⑩の中に、他に特定医療費(指定難病)受給者又は小児慢性特定疾病医療受給者はいますか(該当番号に○印) | はい(2 3 4 5 6 7 8) ・ いいえ |
|--|---------------------------|

⑫ 以下は受診者が18歳未満の場合のみ記入 自己負担限度額【原則】 (単位：円)

| 保護者氏名 | 本人との続柄 | 保護者住所 | 電話番号 | 階層区分 | 基準 | 一般 | 高額長期 | 人工呼吸器 |
|-------|--------|-------|------|-------|--------------------------|--------|--------|-------|
| | | 〒 — | — — | 生活保護 | — | 0 | 0 | 0 |
| | | | | 低所得Ⅰ | 市町村民税非課税 本人年収80万円以下 | 2,500 | 2,500 | 1,000 |
| | | | | 低所得Ⅱ | 市町村民税非課税 本人年収80万円を超える | 5,000 | 5,000 | |
| | | | | 一般所得Ⅰ | 市町村民税 7.1万円未満 | 10,000 | 5,000 | |
| | | | | 一般所得Ⅱ | 市町村民税 7.1万円以上25.1万円未満 | 20,000 | 10,000 | |
| | | | | 上位所得 | 市町村民税25.1万円以上 | 30,000 | 20,000 | |