

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、特定医療費の支給を申請します。

佐賀県知事 様 令和 年 月 日
 〒 -

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

② 臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

私は、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）が、別添「研究利用に関するご説明」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を、厚生労働省大臣に対し同意します。

受診者氏名 _____ 印

申請者氏名 _____ 印

申請者及び受診者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

③ 現受給者番号 (既に受給中の場合)		④過去の 受給歴	あり ・ なし (受給期間:)
⑤ 受診者	フリガナ	性別	年齢
	氏名	男・女	生年月日 大正 昭和 平成 令和 歳
	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		
⑥ 病名			
⑦ 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	

⑧ 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

⑨ 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

⑩ 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		

⑪ 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		

⑫ 上記⑪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
--	---------------------------

⑬ 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	

御提出いただいた個人情報、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。