

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【変更・更新】

様式第5号

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

受診者

申請者氏名

との続柄

② 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意

私は、別添「研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることを、厚生労働大臣に対し同意します。

受診者署名

代理人署名（注）

（注）受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わり代理人が同意する場合のみ、可能な限り受診者にも確認したうえで、署名してください。

③ 現受給者番号						
④ 受診者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日		
	氏 名		歳	年 月 日		
	住 所	電話番号（ ※ 昼間に連絡のつく番号 ）				
	加入医療 保 険	フリガナ		記 号		
		被保険者氏名		番 号		
		受診者との続柄		枝 番		
保険者名			保険者番号			
⑤ 病 名						
⑥ 自己負担上限額の特例 （該当するものに☑）		☐	人工呼吸器等装着		☐	高額かつ長期
		☐	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

裏 面 あ り

住所	〒 -	電話番号（	受付印
氏名	続柄（		自己負担上限額：

変更のある項目については、赤字で修正してください。

⑧ 公的年金等の収入(※1)

有・無

(※1) 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

主な指定医療機関：臨床調査個人票に記載した医療機関
転入の場合のみ記入（ ）

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している方のみを記入してください）

	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
(いる場合は、該当番号(2～8)に○をつけてください。本人は小児慢性特定疾患医療受給者の場合のみ。)
□はい（1 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

保護者氏名	
受診者との続柄	
保護者住所	
電話番号	

自己負担限度額【原則】
(単位：円)

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(※3)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(※3)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	

(※3) 低所得Ⅰの基準が、令和7年7月より年収80万9千円以下に見直される見込です。(令和7年2月現在)

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、第三者に提供したりすることはありません。
提出された臨床調査個人票の記載内容については、医師に問い合わせを行う場合があります。