

職員記入欄	申請種別(1新規・2県外転入・3更新・4変更・5記載事項変更)		年	月	日	更新忘れ	再登録	個番不可	研同不可	非開希望
	複数疾病	病名追加	病名変更	軽症高額(同時・追加・再申請)		高額長期(新規)	高額長期(継続)	人工(新規)	人工(継続)	
	按分(適用)	按分(解除)	更新保険者照会マル高(社保非課税・国保組合・社保昨年非課税・70歳到達・更新保険変更同時・保険者照会結果待ち)							

別紙様式第1号

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・県外転入・更新・変更・記載事項変更届出)

※変更・記載事項変更届出の場合は、受給者番号・受診者情報氏名を記入の上、変更となる部分のみをご記入ください。

1. 受診者情報						受給者番号							
フリガナ						生年月日 (年号は、T・S・H・Rを記入)							
氏名		姓		名		年号		年		月		日	
郵便番号						日中連絡を取りやすい電話番号							
住所(市町名から記入)													
2. 受診者加入医療保険情報													
フリガナ						受診者との続柄番号を記入							
被保険者氏名		姓		名		1本人・2配偶者・3父・4母・5子・6その他()							
保険者番号						被保険証の記号・番号		記号					
保険種別番号を記入						1協会けんぽ・2組合健保・3共済・4国保(一般)・5国保(退職)・6国保組合・7後期高齢・8その他・9生活保護(未加入)		番号					
3. 疾患等情報													
疾患番号①			疾患番号②			疾患番号③			疾患番号④				
自己負担上限額の特例(該当する場合□にチェックを記入)									該当する場合□にチェックを記入				
□ 軽症高額		□ 高額かつ長期		□ 人工呼吸器装着		□ 按分申請(適用・解除)		□ 病名追加		□ 病名変更			
4. 郵送先情報(受診者と書類の郵送先が異なる場合のみ記入)													
フリガナ						受診者との続柄番号を記入							
氏名		姓		名		1本人・2配偶者・3父・4母・5子・6その他()							
郵便番号						日中連絡を取りやすい電話番号							
住所(市町名から記入)													
5. 保護者情報(受診者が18歳未満の場合のみ記入)													
フリガナ						受診者との続柄番号を記入							
氏名		姓		名		3父・4母・6その他()							
郵便番号						日中連絡を取りやすい電話番号							
住所(市町名から記入)													
栃木県知事様 本書のとおり申請します。									受理印				
年 月 日 申請者氏名													
※別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」をご確認いただき、内容にご同意いただける場合は、本申請書と一緒にご提出をお願いいたします。													

マイナンバー制度ではDV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能です。希望される方は右の太線枠内に、チェックを記入してください。

※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

6. 受診を希望する指定医療機関				受給者番号									
種別番号 を記入 1 病院・ 2 薬局・ 3 訪問看護		名称				所在地（市区町村名から記入）							
①													
②													
③													

7. 支給認定世帯(住民票上同一世帯で受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入)
 ※加入保険が協会けんぽ、組合健保、共済の場合、住民票上の世帯に関わらず、本人と被保険者を記入(本人が被保険者の場合は、本人のみ記入。本人が被扶養者の場合は、本人以外の被扶養者は記入不要。)
 ※生活保護で医療保険に加入していない場合でも、個人番号の取得のため①(本人)欄の記入をお願いします。

続柄番号は、1 本人・2 配偶者・3 父・4 母・5 子・6 その他()を記入		続柄 番号	生年月日 (年号は、T・S・H・R)				市区町村民税所得割額 ※税証明書提出者のみ記入	小児慢性又は指定難病の受給者に該当する場合(□にチェックと受給者番号を記入)
世帯員氏名 (フリガナ不要)			年号	年	月	日		
① (本人)	姓	名	1					<input type="checkbox"/> 小児慢性 本人の難病は按分対象外
			個人番号				小慢受給者番号	
②	姓	名						<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
			個人番号				受給者番号	
③	姓	名						<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
			個人番号				受給者番号	
④	姓	名						<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
			個人番号				受給者番号	

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】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要した <input type="checkbox"/> 症状悪化等により申請書類の準備や提出に時間を要した <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他

※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。そのため、申請日に関わらず、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。なお、更新の場合は原則記入不要。

8. 階層区分等(職員記入欄)				
市町村民税所得割額合計		円	階層区分	備考
非課税の場合	受診者(又は保護者)の年間収入	円		
	障害年金等給付(有・無)	円	A生活保護・ B1(低I)・B2(低II)・ C1(一般I)・C2(一般II)・ D(上位)	
世帯員変更(有・無)		階層区分変更(有・無)		