

職員記入欄	申請種別(1新規・2県外転入・3更新・4変更)	更新	再発	個乗	研同	非開希望
	職員記入欄のため、記入は不要になります。					人工(継続)
	(適用) (適用) (適用) (適用) (適用) (適用) (適用)					

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		受診者情報の記入。		受給者番号		新規は記入不要です。	
フリガナ	トチギ タロウ		生年月日 (年号は、T・S・H・Rを記入)				
氏名	姓 栃木	名 太郎	年号 S	年 〇〇	月 〇〇	日 〇〇	
郵便番号	3 2 0 - 8 5 0 1		・後期高齢の場合は、保険証上部の被保険者番号を記入しないよう、注意してください。(保険者番号は保険証の下部に記載されています)。 ・国民健康保険等の場合で、保険者番号が8桁未満の場合は、左詰で記入してください。				
住所(市町名から記入)	宇都宮市塙田1-1-20						
2. 受診者加入医療保険情報		保険証を参考に記入。					
フリガナ	トチギ タロウ						
被保険者氏名	姓 栃木	名 太郎	後期高齢加入の場合等で記号・番号の記載がなく、被保険者番号のみであった場合は記号の欄は記入せず、番号の欄のみ記入してください。				
保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇		被保険証の記号・番号	記号 〇〇			
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)		1	番号 〇〇〇〇			
3. 疾患等情報		臨床調査個人票(診断書)を参考に、記入。(1枚目の上部に番号が記載されています)					
疾患番号①	〇〇		疾患番号②	〇〇-〇		疾患番号③	
自己負担上限額の特例(該当する場合□にチェックを記入)							
<input type="checkbox"/> 軽症高額 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 按分申請(適用・解除)							
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)		該当する項目がある場合□を記入。					
フリガナ	1本人・2配偶者・						
氏名	※該当者のみ 「4. 郵送先情報」は、「1. 受診者情報」に記入した住所と別の住所に受給者証等郵送物を届けてもらいたい場合のみ、氏名等を記入してください。						
郵便番号							
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)		※該当者のみ 「5. 保護者情報」は、「1. 受診者情報」に記入いただいた受診者が18歳未満の場合のみ氏名等を記入してください。					
フリガナ							
氏名							
郵便番号							
住所(市町名から記入)							
申請者の氏名を記入してください。(※押印不要)							
別添資料をお読みいただき、研究利用に同意いただける場合は申請者の氏名を記入してください。(※押印不要)							
お読みいただき、該当がある場合□を記入。							

栃木県知事様 本書のとおり申請します。

RO 年 〇〇 月 〇〇 日 申請者氏名

栃木 太郎

厚生労働大臣様 私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、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のための基礎資料として利用されることを同意します。

RO 年 〇〇 月 〇〇 日 申請者氏名

栃木 太郎

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、所在地につなかる情報(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	新規は記入不要です。
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）	変更の 場合 1 追加・ 2 削除
①	1 ○○病院	○○市○○町1-1	
②	1 ○○クリニック	○○市○○町1-2	
③	2 ○○薬局○○店	○○市○○町1-3	
④	3 ○○訪問看護ステーション	○○市○○町1-4	
<p>⑤ 申請する疾病に付随する治療について、受診をする指定医療機関を記入してください。病院の他、薬局や訪問看護ステーションを希望する場合も記入の必要がございます。</p> <p>⑥ 薬局は、支店名まで(○○薬局○○店)まで記入してください。</p>			
⑦			
⑧ 記載内容をお読みいただき、記入をお願いします。			

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)			
① (本人)	姓 <b>栃木</b>	名 <b>太郎</b>	年号 <b>S</b>	年 <b>○○</b>	月 <b>○○</b>	日 <b>○○</b>	円 <b>○○○○○</b>	<input type="checkbox"/> 小児慢性 本人の難病は按分対象外
		個人番号 <b>○○○○ ○○○○ ○○○○</b>					小慢受給者番号	
②	姓 <b>栃木</b>	名 <b>花子</b>	年号 <b>S</b>	年 <b>○○</b>	月 <b>○○</b>	日 <b>○○</b>	円 <b>○○○○○</b>	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
		個人番号 <b>○○○○ ○○○○ ○○○○</b>					受給者番号	
③	姓 <b>栃木</b>	名 <b>次郎</b>	年号 <b>H</b>	年 <b>○○</b>	月 <b>○○</b>	日 <b>○○</b>	円 <b>○○○○○</b>	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
		個人番号 <b>○○○○ ○○○○ ○○○○</b>					受給者番号	
④	姓	名	年号	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
							受給者番号	

8. 階層区分等(職員記入欄)

市町村	職員記入欄のため、記入は不要になります。		
非課税の場合	受診者(又は障害年金受給者)	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)		