

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) / 登録者証(指定難病)申請書

※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。
 ※登録者証のみ申請する場合は、太枠内をご記入ください。

1. 受診者情報 / 要支援者情報				受給者番号		新規は記入不要です。	
フリガナ	トチキ		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	年	月	日	
郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇		日中 やす				
住所(市町名から記入)	宇都宮市埴田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	トチキ		シロ				
被保険者氏名	姓 栃木	名 次郎					
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		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)						
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		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			
<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・要支援者と書類の郵送先が異なる場合のみ記入)				新規は記入は不要です。			
フリガナ			受診者等との続柄	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。						
住所から記入							
5. 保護者情報(受診者・要支援者が18歳未満の場合のみ記入)							
フリガナ							
氏名	※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。						
住所から記入							
栃木県知事様 本書のとおり申請します。				申請者の氏名を記入してください。(※押印不要)			
〇	年	〇	月	〇	日	申請者氏名	栃木 太郎
※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 ついで同意書」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 お願いいたします。							お読みいただき、該当 がある場合□を記入。
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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 ○○病院	○○市○○町1-1							
②	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。								
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（ <input type="checkbox"/> 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)					
① (本人)	姓 栃木	名 太郎	1 年号 S ○○ ○○ ○○ 個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○	○○○○○○○ 円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 本人の難病は按分対象外
②	姓 栃木	名 花子	年号 S ○○ ○○ ○○ 個人番号	○○○○○○○ 円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
③	姓 栃木	名 次郎	年号 H ○○ ○○ ○○ 個人番号	○○○○○○○ 円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
④	姓	名	年号 個人番号	円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病

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(※)	令和○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 checked="" 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
--------------------------------	----------	--

登録者証とは、指定難病にかかっていることを、マイナンバーを活用して市町等に証明するものであり、マイナンバーカードが登録者証になります。（今年度から発行開始。軽症の方にも発行可能です。）市町などでの手続き時に活用可能ですので、発行の申請をおすすめしております。

※特
だ
し
遡
る
と
が
適
当
と
考
え
ら
れ
る
場
合
は
、
更
新
の
場
合
は
原
則
記
入
不
要
。

登録者証申請（※） 申請する ・ 申請しない ・ 発行済（発行自治体名： ）

※「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

8. 階層区分等（職員記入欄）

市町村
非課税の場合
受診者(又は)
障害年金
世帯員変更（有・無） 階層区分変更（有・無） II）・D(正位)

職員記入欄のため、記入は不要です。