

受給者番号（※）									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付整理番号（保健所記入）

（※）受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

別紙様式第1号（表面）

この申請書は機械で読み取ることがありますので、できるだけ濃くはっきりとした字で記入していただきますようお願いいたします。

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・転入・疾病追加・更新・変更）

受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	氏名						大・昭 平・令	年 月 日		
	住所	〒					日中連絡 が取れる 電話番号	(自宅又は携帯電話)		
		1月1日時点の居住市区町村						現住所と同じ ・ 現住所と異なる ⇒ ()		
	加入医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 (<input type="checkbox"/> 医療保険加入なし)							
		被保険者証 発行機関名					被保険者証 の記号・番号			
		保険者番号 (県記載欄)								
		被保険者氏名					受診者 との関係			
	受給者証送付先が受診者と異なる場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請される場合は、裏面に記載してください。									

病名		疾病番号 (県記載欄)		
----	--	----------------	--	--

自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着
--------------------------	--

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険に加入している者に限る）に、 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 (受診者本人が小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中の場合も含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
---	--

上記で「あり」又は「申請中」の場合 受給（申請）者の氏名・受給者番号 (お持ちの方のみ)	氏名		受給者番号	
	氏名		受給者番号	

受診を希望する指定医療機関名	(更新の場合) 変更なし <input type="checkbox"/>
----------------	---------------------------------------

医療機関名	所在地	医療機関コード (県記載欄)
-------	-----	----------------

病院・診療所			

薬局			

訪問看護			
------	--	--	--

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。	保健所受付印
<input type="checkbox"/> 居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索することに同意します。	
<input type="checkbox"/> (松江市〔中核市〕にお住まいの方のみ) 本申請書及び診断書（臨床調査個人票）について、松江市が行う療養支援のため、個人情報保護のもとに使用されることに同意します。(※1)	
申請者氏名 _____ (※2)	
年 月 日 島根県知事様	

(※1) 同意いただける項目に☑を入れてください。(松江市以外にお住まいの方は、2つ目の☑は不要です。)

(※2) 申請者は、受診者本人またはその保護者です。(受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります)

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

臨床調査個人票の研究等への利用について、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に記載をお願いします。

指定難病の研究を推進するため、提出した受診者の臨床調査個人票が、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についての同意は次のとおりです。

同意する 同意しない

申請者氏名 _____ (※1)

年 月 日

厚生労働大臣 様

※1 申請者は受診者本人です。受診者が未成年又は成年後見人等の理由により代理人が申請する場合は代理人の氏名を記載してください。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する被保険者）

あり → 以下へご記入ください なし

(※) 受診者が被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）…被保険者を記入してください

受診者が後期高齢者医療制度、国民健康保険（市町村国保、国民健康保険組合）…受診者と同じ医療保険に加入している者全員（住民票が別の方を含む）

フリガナ 氏 名	性別	続柄	生年月日	現住所 (受診者と同じ場合は☑)		1月1日時点の居住 市区町村（現住所 と同じ場合は☑）	
			大・昭 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
			大・昭 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
			大・昭 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
			大・昭 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
			大・昭 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	

受給者証送付先等（受診者と異なる者に受給者証の送付を希望する場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請する場合）

フリガナ 氏 名		受診者 との関係		日中連絡 が取れる 電話番号	(自宅又は携帯電話) - -
住 所	〒			県記載欄	<input type="checkbox"/> 保護者による申請 <input type="checkbox"/> 受給者証の送付先

県記載欄	階 層 区 分						
	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ	一般所得Ⅰ	一般所得Ⅱ	上位所得	生活保護	境界層
	課税対象とならない収入（障害年金・遺族年金等）の有無				あり	なし	

1. 新規申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、申請書類を保健所が受理した日からとなります。

2. 新規申請時の添付書類

「◆」については、原本を持参された場合は保健所で複写します。

【申請者全員が提出する書類】

① 別紙様式第1号（別紙） 下表の方の個人番号（マイナンバー）を通知カードなどから転記してください。
（個人番号カードなども提示してください。転記誤りがないことを確認します。）

② 別紙様式第10号 同意書

③ 健康保険証（◆） 下表の方について提示してください。

④ 臨床調査個人票（診断書） 医療機関で、難病指定医が記載したもの。

⑤ 支給認定基準世帯員全員の住民票 下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑥ 市町村民税所得課税証明書等 下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑤⑥については、必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）を提出することで、省略できる場合があります。

受診者が加入する医療保険の区分	住民票及び個人番号（マイナンバー）	市町村民税所得課税証明書 ※1	健康保険証
国民健康保険	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険の加入者全員分 ※2		
後期高齢者医療制度	受診者と同じ住民票上で、後期高齢者医療制度の加入者全員分		
国民健康保険組合	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険組合の加入者全員分 ※2		
被用者保険	※被用者保険・・・全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など		
受診者が被保険者	被保険者（受診者）本人分		
受診者が被扶養者	受診者本人分及び被保険者分	被保険者分 ※3	受診者本人分 ※4
生活保護	受診者本人分	生活保護受給証明書（本人分）	受診者本人分（加入者のみ）※4

※1 4月～6月に申請する場合は、前年度の証明書を、7月～翌年3月に申請する場合は、最新の証明書を添付してください。（6月中に申請する場合は、新年度の証明書でも可）

※2 受診者と扶養関係にある別居家族がいる場合、当該家族分も必要

※3 被保険者が市町村民税非課税の場合には、被保険者分及び受診者本人分が必要

※4 保険証に被保険者の氏名が記載されていない場合は、被保険者分も必要

【世帯の状況に応じて必要となる書類】

⑦ 受診者及び支給認定基準世帯員全員が非課税で、かつ受診者本人の収入が80万円以下の方のうち、障害年金、遺族年金等非課税年金、特別児童扶養手当等の非課税収入がある場合は、額が分かる書類。（◆）

⑧ 世帯員に指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）がいる場合は、受給者証等。（◆）

⑨ 申請書表面で「軽症者特例」として申請される場合は、過去1年以内の指定難病の治療に係る領収書と明細書。（詳細は、最寄りの保健所までお問い合わせください。）

◎ 提出された書類に不明な点等がある場合は、確認のため改めてお問い合わせする場合や追加で書類の提出をお願いする場合があります。

◎ 詳細につきましては、受診者の住所地を所管する保健所までお問い合わせください。

保健所	担当課	受診者の住所地
島根県・松江市共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	松江市・安来市
雲南保健所	医事・難病支援課	雲南市・仁多郡・飯石郡
出雲保健所	医事・難病支援課	出雲市
県央保健所	医事・難病支援課	大田市・邑智郡
浜田保健所	医事・難病支援課	浜田市・江津市
益田保健所	医事・難病支援課	益田市・鹿足郡
隠岐保健所	総務医事課	隠岐郡隠岐の島町
	島前保健環境課	隠岐郡海士町・西ノ島町・知夫村