

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【新規】

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 _____
申請者氏名 _____ 受診者との続柄 _____

② 臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

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」をお読みいただき、同意書中の署名欄にご署名の上、臨床調査個人票等と合わせてご提出ください。

③ 現受給者番号 (既に受給中の場合)		④過去の 受給歴		あり・なし (受給期間：)	
⑤ 受診者	フリガナ	性別	年齢	生年月日	
	氏名	男・女	歳	大正 昭和 平成 令和 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	被保険者証記号番号		
	被保険者氏名	記号			
	受診者との続柄	番号			
	保険者名				
⑥ 病名					
⑦ 自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		
		<input type="checkbox"/>	軽症高額該当		

⑧ 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

保健福祉事務所受付印

住所	(〒 -) (電話番号 - -)	保健福祉事務所受付印
氏名		
受診者との続柄		

裏面あり

《保健福祉事務所記入欄》
来所者 氏名 _____ 受診者との続柄 本人・夫・妻・父・母・子・() 電話番号 _____
確認 マイナンバー(通知)カード 運転免許証 旅券 保険証 他() No. _____

⑨ 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

⑩ 受診希望医療機関等

	名 称	所 在 地
病院 薬局 訪問看護 事業者等		

⑪ 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する者）

世帯員氏名・個人番号		続柄	世帯員氏名・個人番号		続柄
1		本人	5		
2			6		
3			7		
4			8		

⑫ 上記⑪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(該当番号に○印)	はい(2 3 4 5 6 7 8) ・ いいえ
--	-------------------------

⑬ 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(※2)	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日になっている理由】
	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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ため <input type="checkbox"/> その他()
年 月 日	

※2 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。

⑭ 以下は受診者が18歳未満の場合のみ記入

保護者 氏 名	
本人との 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	

御提出いただいた個人情報は、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、第三者に提供することはありません。※提出された臨床調査個人票に応じて、医師に連絡をする場合がございます。