

特定医療費(指定難病)支給認定更新申請書

岡山県知事 殿

私は、裏面の「申請にあたっての同意事項」に同意の上、特定医療費の支給を申請します。また、特定医療費の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の適用区分(所得区分)に関する情報につき、岡山県が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該保険者がそれに応じることに同意します。

厚生労働大臣 殿

臨床調査個人票情報の研究等への利用の同意については、裏面に記載のとおりです。

申請日

年

月

日

1 申請者									
フリガナ					生年月日			受給者番号	
患者氏名					年齢	歳	(患者以外の番号の場合は氏名と続柄も記入) () -		
住 所	〒				電話番号 ※日中の連絡先		氏名: 続柄: () - 氏名: 続柄:		
疾病番号	①		②		③		④		
加入 医療保険	保険者名 (生保併用の場合は複数)				被保険者氏名 (国保・国保組合・後期高齢の場合は、本人)				
	保険者番号				記号・番号・枝番				
※患者が18歳未満の場合又は法定代理人(弁護士等)が申請する場合は、以下の記入が必要です。									
保護者等 氏 名					患者との続柄	父 ・ 母 ・ その他()			
保護者等 住 所	〒 □患者と同じ				保護者等 電話番号	□患者と同じ			

2 郵便物の送付先に別住所を希望する場合のみご記入ください。 ※宛名もご記入ください。	
〒	←今後もこの住所への送付を希望します。 ☐

3 自己負担上限額の特例等(該当する場合、 ☒ を付けて必要事項を記入してください。)			添付書類等		
(1) 軽症高額該当	☐	重症度分類による基準を満たさない場合の認定 この申請書を提出した日の属する月以前の12ヶ月の間に、上記の疾病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。	以下①～③のいずれか ①自己負担額管理票(受給者証)の写し ②医療費申告書と領収書のコピー ③医療費管理票		
(2) 高額かつ長期	☐	自己負担上限額の減額(市町村民税課税世帯のみ) ※支給認定を受けていない期間の医療費は含めない。 この申請書を提出した日の属する月以前の12ヶ月の間に、支給認定を受けた疾病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上あった。 (年 月)(年 月)(年 月)(年 月)(年 月)(年 月)			
(3) 人工呼吸器等装着	☐	自己負担上限額の減額 指定難病により人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を1日中使用していて、日常生活全般において介助の必要な方	臨床調査個人票		
(4) 同じ医療保険上の世帯における、指定難病又は小児慢性特定疾病の方との按分	☐	自己負担上限額の減額	按分相手の受給者証の写し		
		☐ 指定難病		受給者番号	
		☐ 小児慢性		氏 名	
		☐ 指定難病		受給者番号	
☐ 小児慢性	氏 名				

以下、記入不要(裏面を記入してください。)

審査結果	合格			不合格	保留	軽症	人工呼吸器審査結果			合格		不合格	保留	申請方法	☐ 郵送 ☐ 来所		保健所受付印欄			
	合格			不合格	保留	合格	不合格	保留	受給歴		☐ 有(更新もれ) ☐ 無									
①														階層区分	生保	低Ⅰ	低Ⅱ	人工呼吸器		
															一般Ⅰ	一般Ⅱ	上位	マイナンバー		
②														保健所受付番号 (各保健所で管理)				医薬安全課 受付番号		
書類確認		臨個票		受給者証		軽症		高額		按分難病		按分小慢		保険証情報		税証明		生保		他()

※記載されている内容は、

〇年〇月〇日時点の内容です。

4 支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入する方。※被用者保険の場合は、被保険者のみ。)				
氏 名		続 柄 (患者からみて)	保健所記入欄 (記入しないでください。)	
	フリガナ		区 分	金 額
		本人	生保・非課税・課税	
①			生保・非課税・課税	
②			生保・非課税・課税	
③			生保・非課税・課税	
④			生保・非課税・課税	
⑤			生保・非課税・課税	
⑥			生保・非課税・課税	
合 計 額				

5 収入申告(市町村民税が非課税の世帯の患者は、以下を記載してください。) ※記載がない場合や、本人年収等(①～③の合計額)が80.9万円を超えた場合、低所得Ⅱの認定になります。				
本人 年 収 等	①市町村民税非課税証明書の合計所得金額		[年間総額 ① 円]	
	②公的年金等収入金額		[年間総額 ② 円]	
	③その他収入金額 ⇒その他収入の有無をチェックしてください。	☐ 有	障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当等 ⇒添付資料:収入額(受給額)のわかる書類の写し	
		☐ 無	[年間総額 ③ 円]	
	①～③の合計額		[合計 円]	
	☐	私は、本人年収等(患者が18歳未満の場合は、その保護者いずれか)が80.9万円超のため、 「低所得Ⅱ(自己負担上限月額5,000円)」に該当します。		
☐	私は、本人年収等(患者が18歳未満の場合は、その保護者いずれも)が80.9万円以下のため、 「低所得Ⅰ(自己負担上限月額2,500円)」の認定を希望します。			

6 生活状況	現在の状況として、該当する項目に○をつけてください。			
	社会活動(1.在宅療養 2.就労 3.就学 4.短期入院(1～2ヶ月程度) 5.長期入院 6.入所) 医療処置(1.なし 2.鼻腔栄養 3.胃ろう 4.酸素療法 5.人工呼吸器 6.透析 7.その他())			

7 申請にあたっての同意事項	
診断書の内容等の照会についての同意	提出した臨床調査個人票及び領収書等の記載内容に疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用することに同意します。
審査結果提供についての同意	審査結果については、必要に応じて臨床調査個人票を記載した医師の勤務する医療機関に対して情報を提供することに同意します。

8 臨床調査個人票情報の研究等への利用について	
提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについては、下記のとおりです。 ※詳細については、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」をご覧ください。	
臨床調査個人票情報の研究等への利用に ☐ 同意する ☐ 同意しない ※チェックがない場合は、同意されたものとみなします。	

個人情報の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、上記以外の目的に使用されることは一切ありません。

前回認定内容							
軽症高額	高額長期	人工呼吸器	世帯按分	階層区分		自己負担上限月額	

4 支給認定基準世帯員※左ページの続き						
住 所		性別	生年月日			
①	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日
②	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日
③	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日
④	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日
⑤	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日
⑥	☐ 患者と同じ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日