

新規
 軽症再申請
 疾病切替

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ						性別	生年月日				
	氏名						男・女	明・大 昭・平 令	年	月	日	年齢
	個人番号											
	フリガナ 住所	〒					電話番号	- -				
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ						続柄	生年月日				
	氏名							明・大 昭・平	年	月	日	
	個人番号											
	フリガナ 住所	〒					電話番号	- -				
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合には保護者)住所以外を希望する場合に記入)	フリガナ						続柄					
	氏名							電話番号	- -			
	フリガナ 住所	〒										
患者が加入する医療保険	保険者名					保険者番号						
	被保険者氏名					記号・番号						
臨床調査個人票	臨床調査個人票を作成した医療機関名					作成(記載)年月日						
						令和	年	月	日			
						診断年月日						
					令和	年	月	日				
※ 臨床調査個人票の最後のページから記入してください。												
申請に時間を要した理由	「診断年月日」(軽症再申請の場合は「軽症者特例充足の翌日」)が申請日から1か月以上前の場合、当てはまる項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の作成や受取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"/> その他やむを得ない事情() <input type="checkbox"/> やむを得ない事情はない											

保健所使用欄(記載不要です)

支給認定開始日(診断年月日ベース)	令和	年	月	日
支給認定開始日(軽症者特例要件充足の翌日)	令和	年	月	日

該当する場合「○」を御記入ください	保健所記入欄	

※特例や軽減を受けるためには、申請が必要です。

特例申請	医学的審査の結果、診断基準を満たし重症度分類を満たさない場合、軽症者特例に関する審査を申請します(領収書の写しが必要です)。		
軽減申請	総医療費が基準を満たしているため高額かつ長期に関する自己負担上限月額軽減を申請します(過去に特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けていたことが必要です。自己負担上限月額管理票の写し等が必要です)。		
	人工呼吸器等装着者に該当するため、自己負担上限月額の軽減を申請します(臨床調査個人票に必要事項が記載されていることが必要です)。		
	同一世帯かつ同一医療保険に指定難病・小児慢性患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額の軽減を申請します(対象患者の指定難病又は小児慢性の受給者証等の写しが必要です)。		

裏面も御確認の上、御署名ください

私は裏面の説明事項を読んだ上で指定難病医療受給者証の交付を申請します。
 宮城県知事 殿 令和 年 月 日
 患者(又は保護者)氏名 _____

厚生労働大臣への同意欄

臨床調査個人票の研究同意

(同意内容の詳細は、別添の「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を御確認ください。)

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指定難病に係る治療研究等及び政策を立案するための基礎資料として、利用されることに同意します。

厚生労働大臣 殿

患者（又は保護者）氏名

宮城県知事への同意欄

病院への診断書内容の照会同意

私は、提出した臨床調査個人票の記載内容に疑義が生じた場合に、宮城県が医療機関に直接内容を照会することに同意します。

同意します 同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者（又は保護者）に対して照会しますので、患者（又は保護者）から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

講演会等の情報提供同意

私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書に記載した情報（住所、氏名など）について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します 同意しません

【マイナンバーの記載について（お願い）】

平成29年11月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

指定難病登録者証の申請 ※

(1) 市町村の障害福祉サービスの利用申請等において、指定難病患者であることを証明する書類と

して利用可能な「指定難病登録者証」の交付を希望しますか？

→ はい・いいえ

※「はい」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。

(2) (1)交付を希望する場合) 交付の方法は、原則マイナンバーを用いた情報提供ネットワークシ

テムへの登録となりますが、紙の「登録者証」の交付を希望しますか？

→ はい・いいえ

以下記載不要です

保健所使用欄

個人票区分確認

主疾病

副疾病1

副疾病2

副疾病3

該当時チェック

世帯按分

按分チェック

種類	受給者番号	氏名	判定 (○・×)
難・小			

添付書類チェック

- 個人票
- 世帯調書
- 保険証写し (□: マイナ省略あり※要様式30)
- 住民票
- 税証明 (□: マイナ省略あり※要様式30)
- マイナンバー本人確認
- 非課税収入申告書(様式21)
- 年金・手当等証明書類
- D同意書(様式22)
- 保険照会同意書(様式25)
- 無収入申立書(様式26)
- マイナ省略確認書(様式30)※要様式21 (□: B2同意あり)
- 軽症領収書
- 自己負担上限月額管理票の写し等
- 按分受給者証写し
- その他 ()

HCNo