

人工呼吸器等切替

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。

受給者番号

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
	フリガナ	〒	電話番号	- -		
	住所					
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	
	フリガナ	〒	電話番号	- -		
	住所					
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合は保護者)住所以外を希望する場合に記入)	フリガナ					続柄
	氏名					
	フリガナ	〒	電話番号	- -		
	住所					

人工呼吸器等装着者	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)。	該当する場合「○」を御記入ください	保健所記入欄

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。

令和 年 月 日

宮城県知事

殿

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。

【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。

以下記載不要です

保健所使用欄

個人票区分確認

☐

添付書類チェック

- ☐ 個人票
☐ 受給者証写し

HCNo

☐