

特定医療費（指定難病）支給認定申請書兼届出書（新規・転入・更新・変更）

(宛先)広島市長 様

私は以下の事項に同意し、特定医療費の支給を申請します。(同意しない場合、その項目を二重線で抹消してください。)

- 受診者に特定医療費の支給歴があり、病状の程度が重症度分類に照らして一定以上でない場合、広島市が医療費を確認して、要件に該当する場合は軽症高額認定を行うこと
- 広島市から支援施策等の情報提供や保健指導を受けること
- 自己負担上限額の決定に当たって、私(又は受診者)及び世帯員の市民税の課税状況並びに後期高齢者医療又は国民健康保険への加入情報を、広島市が所有する個人情報により確認すること。また、この確認に係る世帯員全員の同意を得ること
- 情報連携に当たり必要があるときは、広島市が私(又は受診者)及び世帯員の個人番号を調査し、情報連携に用いること

令和 年 月 日 申請者氏名

(※ 患者が18歳以上で本人以外が申請する場合は、委任状(様式第10号)が必要です。)

1 受診者(患者) ※必ず記入してください。

フリガナ		生年月日	受給者番号
氏名		大・昭 平・令 年 月 日	
住所	〒 広島市 区		
日中の連絡先	自宅 () 携帯 ()		
旧住所	申請日が1~6月の場合は前年、7~12月の場合は本年1月1日 時点の住所地が広島市外の場合のみ、市区町村名まで記入してください。	都・道 府・県	市 区 町・村
病名			

2 郵便物の送付先 ※住所以外への送付を希望する場合のみ記入してください。

〒 -	送付先宛名: 様方 続柄: 日中の連絡先: -
-----	----------------------------

3 自己負担上限額の特例等

<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	重症度基準を満たさない方でも支給認定を受けられる特例 申請月以前の12か月に、上記難病に係る月ごとの医療費総額(10割相当額)が、33,330円を超える月が3回以上あった。	以下のいずれか ・自己負担上限額管理票の写し ・軽症高額・高額長期証明書 ・領収書、明細書及び医療費申告書
<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	市民税課税世帯の自己負担上限月額の特例 申請月以前の12か月で各受給者証の有効期間内に上記難病及び小児慢性特定疾病(難病の支給認定以前のものに限る)に係る医療費総額(10割相当額)について、50,000円を超える月が6回以上あった。	
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	自己負担上限月額の特例 人工呼吸器を1日中使用していて、日常生活全般で介助の必要な方。 又は、体外式補助人工心臓を使用している方。	
<input type="checkbox"/>	同じ医療保険上の世帯における、受診者以外の指定難病又は小児慢性特定疾病の方	自己負担上限月額の按分 <input type="checkbox"/> 指定難病 受給者番号 <input type="checkbox"/> 小児慢性 氏名	
			①按分相手の受給者証の写し ②按分相手の変更申請書 ※②は按分相手が未按分の場合のみ提出が必要

4 特定医療費の支給開始日 ※新規申請又は変更(疾病追加)申請の場合のみ記入してください。

右記の説明をご確認のうえ、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入してください。	申請日の1か月前の同じ日(やむを得ない理由がある場合は3か月前の同じ日)を限度に、①又は②のいずれか早い日まで開始日を遡ることができます。 ①臨床調査個人票に記載された診断年月日 ②軽症高額の基準を満たした日の翌日
令和 年 月 日	やむを得ない理由があり、上記①又は②から1か月以内に特定医療費(指定難病)支給認定の申請ができなかった場合は、該当する事項に☑をしてください。 <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 ()
※審査の結果、記載された年月日が開始日とならない場合があります。	

事務使用欄(記入しないでください。)

受付	受付担当者	申請方法	郵送・来所	受給歴	有(年 月まで)・無
	本人確認	手帳(身・療・精)・免許・旅券・個力・住力・在力・受給者証・保・被保・介護・年金・社証・学証・その他()	代理権確認	戸籍・登記・委任状・その他()	
決定	階層区分	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位・マイ	上限額	千円	
事務欄	転入・医療保険・氏名・住所・送付先・税情報・疾病(追加・変更)・軽高・高長・人工・按分・その他				

5 受診を希望する指定医療機関	
指定医療機関 (所在地)	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票に記載された医療機関 (所在地: 臨床調査個人票のとおり) <input type="checkbox"/> (所在地:)

6 生活保護又は中国残留邦人等の方への支援給付
<input type="checkbox"/> 有 (7以降の記載は不要です。) <input type="checkbox"/> 無

7 加入医療保険情報 (被用者保険・国民健康保険組合の加入者は加入医療保険がわかる資料を添付してください。)

保険の種類 (該当するものに○)	【 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ 被用者保険 ・ 国民健康保険組合 】		
被保険者氏名 (国保、後期高齢、国保組合は患者氏名)	<input type="checkbox"/> 添付書類のとおり	記号・番号	<input type="checkbox"/> 添付書類のとおり <input type="checkbox"/> マイナンバー連携

8 支給認定基準世帯員 (受給者本人の記載は不要です。)

受診者が、
 国民健康保険、国民健康保険組合に加入 ⇒ 受診者と同じ保険に加入している方全員
 後期高齢者医療保険に加入 ⇒ 受診者と住民票上同じ世帯の後期高齢者医療保険加入者全員
 被用者保険に加入 ⇒ 被保険者(受診者以外の場合)のみ
 を記入してください。

	氏名	※受診者と異なる場合のみ、 住所を記入してください		氏名	※受診者と異なる場合のみ、 住所を記入してください
1	フリガナ		4	フリガナ	
2	フリガナ		5	フリガナ	
3	フリガナ		6	フリガナ	

8 収入に関する申し立て (市民税非課税世帯の方のみ、該当する事項に☑チェックし、必要事項を記入してください。)

患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の年収(※)が80万9千円を超えるため、
 「低所得Ⅱ(自己負担上限月額5,000円)」に該当します。 ⇒添付書類、「その他の収入」欄の記入: 不要

患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の年収(※)が80万9千円以下のため、
 「低所得Ⅰ(自己負担上限月額2,500円)」の認定を希望します。

※患者本人の年収とは、①から③の合計額です。
 ①合計所得金額(市民税課税対象)
 ②公的年金収入額(市民税課税対象) ⇨ ①と②は、広島市が同意に基づいて確認します。
 「③その他の収入」欄の該当する方に☑チェックし、ありの場合は年間収入額を記入してください。

その他の収入 (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> あり [年間収入額 円] 該当するものに○をつけてください。 障害基礎年金 障害厚生年金 障害共済年金 遺族基礎年金 遺族厚生年金 遺族共済年金 特別児童扶養手当 障害児福祉手当 経過的福祉手当 特別障害者手当 特別障害給付金 障害補償給付 ⇒添付書類: 収入額(受給額)のわかる書類の写し
	<input type="checkbox"/> なし ※☑チェックがない場合や、①~③の合計額が80万9千円を超えた場合、また未申告の場合は、低所得Ⅱの認定となります。