

事務欄	転入 軽高	医療保険 高長	氏名・住所・送付先 人工	税情報 按分	疾病(追加・変更) その他()
-----	----------	------------	-----------------	-----------	---------------------

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・変更・更新）

(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。

- ・受診者に特定医療費の受給歴がある場合、広島市が医療費を確認し、要件に該当する場合は軽症高額認定を行うこと
- ・広島市から難病患者支援のための講演会の開催等に関する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

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に氏名の記入をお願いします。

(宛先)厚生労働大臣 様

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、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究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を同意します。

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)

受診者 (患者)	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				
	性別	男・女	日中の連絡先	- -				
	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 時点の住所が広島市外の場合のみ、市区町村名まで記入			都・道 府・県	市 町・村	区	
	病名							
受診医療機関	※記載省略 (各都道府県(または政令指定都市)が指定する指定医療機関で受診できます。)							

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。

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

3 自己負担上限額の特例等(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。)

						添付書類等	
(1) 軽症高額該当	<input type="checkbox"/>	重症度分類による基準を満たさない方のみ対象 申請日の属する月以前の12か月の間に、上記難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	
(2) 高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	市民税課税世帯の自己負担上限月額減額 ※特定医療費(指定難病)を受給されている方のみ 申請日の属する月以前の12か月に、上記の難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。					
(3) 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	自己負担上限月額減額 人工呼吸器を1日中使っていて、日常生活全般で介助の必要な方。または、体外式補助人工心臓を使用している方。					
(4) 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号				①按分相手の受給者証の写し
		<input type="checkbox"/> 小児慢性	氏名				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号				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
		<input type="checkbox"/> 小児慢性	氏名				

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・個カ・住カ・在カ・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	万 千円
特記事項						

4 加入医療保険情報（C・Dの加入者は健康保険証の写しを添付してください。）

保険の種類（該当するものに○）

A. 国民健康保険

B. 後期高齢者医療保険

C. 被用者保険（協会けんぽ、共済など）
※被保険者が非課税の場合のみ、被保険者の課税証明書の提出が必要です。

D. 国民健康保険組合（医師国保、建設国保など）
※「保険者への適用区分照会に係る同意事項」への同意及び同一保険加入者全員の課税証明書の提出が必要です。

被保険者氏名（国保、後期高齢、国保組合は患者氏名） 保険証の写しのとおり

記号・番号 保険証の写しのとおり

保険者への適用区分照会に係る同意事項【D. 国民健康保険組合の加入者のみ】

同意書

特定医療費（指定難病）の給付を受けるに当たり必要があるときは、私（又は受診者）の医療保険上の区分につき、広島市が私（又は受診者）の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

広島市長 様 令和 年 月 日

患者氏名（※患者が18歳未満の場合は保護者氏名） _____

5 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	受診者との続柄	生年月日	医療保険	※受診者と異なる場合のみ、住所を記入してください
フリガナ		大・昭 平・令 年 月 日	国保・後期高齢 被用者・国保組合	都・道 市 区 府・県 町・村
フリガナ		大・昭 平・令 年 月 日	国保・後期高齢 被用者・国保組合	都・道 市 区 府・県 町・村
フリガナ		大・昭 平・令 年 月 日	国保・後期高齢 被用者・国保組合	都・道 市 区 府・県 町・村
フリガナ		大・昭 平・令 年 月 日	国保・後期高齢 被用者・国保組合	都・道 市 区 府・県 町・村

6 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）
 ③その他の収入
 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。

なし

あり [年間収入額 _____ 円]

その他の収入（どちらかに☑）

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

※☑チェックがない場合や、①～③の合計額が80万円を超えた場合、低所得Ⅱの認定となります。