

表面

送付先宛名	(現在登録している送付先を変更する場合は、ご記入ください。)	
	住所	〒
	氏名	

更新

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

次のとおり、特定医療費の支給認定を申請します。

申請に当たっては、裏面「6」申請に当たっての同意事項を確認しています。

患者が18歳以上で患者本人以外が申請する場合、委任状(申請書下部)も記入してください。

広島市長 様

令和 年 月 日

必ず記入してください。申請者氏名

1 次の患者情報、送付先宛名(上部に記載)に変更がある場合、二重線で抹消し赤字で修正してください。

受給者番号		電話番号
住所	〒	
フリガナ		生年月日
氏名		
病名	添付書類:臨床調査個人票を主治医(指定医)に記載してもらい、申請書類とともに提出してください。	
加入医療保険	保険の種類(該当するものに○をしてください。)	記号・番号
	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(※)	
※添付書類:被用者保険、国民健康保険組合加入者は、健康保険証のコピーを申請書類とともに提出してください。		

上記の患者情報、送付先宛名又は自己負担上限月額に変更がある場合、更新前の受給者証の

変更を行う 変更を行わない (☑がない場合、更新後の受給者証のみ変更します。詳しくは更新のご案内8ページに記載。)

2 生活保護等の受給の有無について、該当するものに○をつけてください。

生活保護又は中国残留邦人等の方への支援給付	受けている ・ 受けていない
-----------------------	----------------

3 特例の要件(更新のご案内9~10ページに記載)に該当する方はチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> 「軽症高額」に該当する	添付書類:①~③のいずれか	① 自己負担上限額管理票の写し ② 軽症高額・高額長期証明書 ③ 領収書・明細書及び医療費申告書
<input type="checkbox"/> 「高額かつ長期」に該当する		
<input type="checkbox"/> 「人工呼吸器等装着」に該当する		
<input type="checkbox"/> 「同一保険世帯内按分」に該当する	添付書類:按分対象者の受給者証のコピー ※裏面4の特定医療(指定難病)又は小児慢性医療にチェック☑	

委任状 (患者が18歳以上で患者本人以外が申請する場合に記入してください。)

【代理人】(住所) (氏名) (続柄:)

私は、上記の者を代理人と定め、特定医療費に関する申請・届出の権限並びに臨床調査個人票の研究等への利用及び保険者への適用区分照会に係る同意について委任します。

【委任者】(住所) (氏名)

福祉課 記入欄	申請方法 同時変更	郵送・来所 医療保険 氏名	階層区分 住所	生保 低I 低II 一般I 一般II 上位 マイ	上限額	千円
疾病(追加・変更) 高長 人工 按分 その他()						

4 患者及び患者と同じ医療保険に加入している人(支給認定基準世帯員)を記入してください。

※患者と同じ医療保険の被保険者が広島市外に居住している場合も記入が必要です。

フリガナ 氏名	患者との 続柄	生年月日	本年1月1日時点の住所が 広島市外の場合に記入してください。	下記の医療費助成を 受給している場合に チェック☑してください。
	本人	大・昭・平・令 年 月 日	〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村 番 号	<input type="checkbox"/> 小児慢性医療
		大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 患者本人の住所と同じ 〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村 番 号	<input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性医療
		大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 患者本人の住所と同じ 〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村 番 号	<input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性医療
		大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 患者本人の住所と同じ 〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村 番 号	<input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性医療
		大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 患者本人の住所と同じ 〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村 番 号	<input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性医療

5 収入に関する申し立て

(1) 4に記載した全員が市町村民税非課税の場合はチェック☑してください。

<input type="checkbox"/>	患者本人(※1)の年収(※2)が80万円を超えます。 (低所得Ⅱ(自己負担上限月額5,000円)に該当します。)	⇒(2)は記入不要です。	(※1)患者本人が18歳未満の場合は、その保護者
<input type="checkbox"/>	患者本人(※1)の年収(※2)が80万円以下です。 (低所得Ⅰ(自己負担上限月額2,500円)に該当します。)	⇒(2)に進んでください。	(※2)年収とは、合計所得金額+課税対象の公的年金収入額+(2)の合計額

(2) 該当するものにチェック☑し、受給がある場合は下線部を記載してください。
(記載内容の不備がある場合や、添付書類の添付がない場合は、低所得Ⅱの認定になります。)患者本人はア～コのうち、
(※1) 受給しているものはありません。
 []を受給しています。受給額(合計)は[]円です。

↑ア～コの記号を記入してください。添付書類:前年の受給額がわかる書類のコピー

ア 障害(基礎・厚生・共済)年金	イ 遺族(基礎・厚生・共済)年金
ウ 寡婦年金	エ 障害手当等年金
キ 特別児童扶養手当	ク 特別障害者手当
	オ 特別障害給付金
	カ 労災等による障害補償
	ケ 障害児福祉手当
	コ 経過的福祉手当

6 申請に当たっての同意事項

① 臨床調査個人票の研究利用について、いずれかにチェック☑してください。

(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、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」(▶更新のご案内13ページをご覧ください。)のとおり、指定難病等の治療研究等、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。

臨床調査個人票の研究利用に 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。

② 広島市長に対する同意事項について

(宛先) 広島市長 様 次の事項に同意します(同意しない場合、同意しない項目を二重線で抹消してください。)

- ・特定医療費の給付を受けるに当たり必要があるときは、私(又は患者)の医療保険上の所得区分につき、広島市が私(又は患者)の加入する医療保険者から報告を求めること
- ・患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の認定を行うこと
- ・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(又は患者)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並びに生活保護及び中国残留邦人等への支援給付の受給情報を、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(又は患者)及び世帯員の個人番号を調査し、情報連携に用いること
- ・更新申請時に特例の申請を行い、当該特例を適用すると更新前の受給者証の自己負担上限月額が減額となる場合、更新前の受給者証についても変更申請が行われたものとして認定を行うこと