様式第１（第１条関係）

（第１面）

**指定難病**

# 特定医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

年　　月　　日

愛知県知事　殿

申請者　氏名　　印

次のとおり特定医療費に係る支給認定／支給認定の変更の認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項／第10条第１項の規定により関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号（支給認定の変更の申請をする場合に限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | 病名 | 疾病コード | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | （姓） | | | | | | | （名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | | | | | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 年齢 | | | | 歳 | | | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | | | | － | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特例 | 人工呼吸器等装着者 | | | | | | | □該当　□非該当 | | | | | | | 高額かつ長期 | | | | | □該当　□非該当 | | | | | | | | |
| | | 軽症高額該当 | | | | | | | □該当　□非該当 | | | | | | | 生活保護世帯 | | | | | □該当　□非該当 | | | | | | | | |
| | | 境界層該当 | | | | | | | □該当　□非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費算定対象世帯員 | 特定医療費の支給に係る認定を受けている者又はその認定の申請をしている者の有無 | □有（氏名：　　受給者番号：　　）<br>□無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等である者又はその認定の申請をしている者の有無 | □有（氏名：　　受給者番号：　　）<br>□無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（保護者が申請をする場合に限る。） | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | 患者との続柄 | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | （姓） | | | | | | | （名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | | | | － | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 受付欄（保健所記入） | 階層区分（該当階層にチェック） | 保健所受付印 | 経由印 | 本庁受付印 |
|---|---|---|---|---|
| | □生活保護<br>□低所得Ⅰ<br>□低所得Ⅱ<br>□一般所得Ⅰ<br>□一般所得Ⅱ<br>□上位所得 | | | |

保健所チェック欄（レ点チェック、審査用添付資料は該当するものに○）

| 診断書 | 審査用添付資料 | 住民票 | 保険証 | 税証明 | 同意書 | 該当者のみ | 人工呼吸器証明 | 重症診断書 | 生保受給者証明書 | 境界層該当証明 | 介護保険証 | 他特疾患者証明 | 他小慢患者証明 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | フィルム・CD・コピー | □ | □ | □ | □ | | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |

## 患者加入医療保険

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 患者の加入医療保険 | 保険種別<br>（該当するものをチェック） | | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | 被保険者証の<br>記号及び番号 | （記号） | | （番号） |
| | 被保険者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | 患者との<br>続　　柄 | |
| | | 氏名 | （姓） | （名） | | | |
| | 保険者コード番号<br>（右詰めで記入してください。） | | | 保険者名称 | | | |
| 介護保険認定 | | | □要介護（　）　□要支援（　）<br>□無 | 利用している<br>介護サービス | | | |

## 支給認定基準世帯員

| 氏名 | 患者との続柄 | 生年月日 | 医療保険の種別<br>（該当するものをチェック） | 医療保険の種別が、国民健康保険又は後期高齢者医療以外の場合本人・被扶養者の別 |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |
| | | 年　　月　　日 | □国民健康保険<br>□後期高齢者医療<br>□上記以外 | □本人　□被扶養者 |

## 指定医療機関（特定医療を受ける指定医療機関として希望するものを記入してください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |
| 名　称 | | 所在地 | |

| 区分 | 氏名 | 続柄 | 個人番号 |
|---|---|---|---|
| 患者 | | | |
| 申請者（保護者が申請する場合） | | | |
| 支給認定基準世帯員 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

備考　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。
２　申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができる。
３　支給認定の変更の申請をする場合は、患者の氏名、居住地及び電話番号、受給者番号及び変更の必要が生じた事項並びに患者の保護者が申請をする場合にあっては、当該保護者の氏名、居住地、電話番号及び当該患者との続柄を記入すること。