

《記入例》

受給者番号 **1234567**

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・**変更**）（※1）

受診者	フリガナ	コウフ タロウ		年齢	生年月日								
	氏名	甲府 太郎		76 歳	S25 年 4 月 2 日								
	個人番号	0	1		2	3	4	5	6	7	8	9	0
	住所	〒 400-0858 甲府市相生2-17-1			電話	055 - 237 - 2505							
加入医療保険	フリガナ	コウフ タロウ		受診者との続柄	本人								
	被保険者氏名	甲府 太郎											
	保険種別	国保・退職・国組・協会 組合・共済・その他・後期		被保険者証の 記号・番号	123 - 45678								

資格確認書等に記載されている「保険者名称」等、発行機関名を確認してください

甲府市

パーキンソン病

自己負担上限額の特例
(該当するものに☑)

人工呼吸器等装着

高額かつ長期

軽症者特例

今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者

有(氏名) ・ **無**
受給者番号 ()

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

年 月 日

【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】

- 医療意見書の受領に時間を要したため
- 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため
- 大規模災害に被災したため
- その他

※支給開始日は、指定難病法第18条第1項第2号に規定する期間（ただし遡り期間は原則として1年以内）を超えない限り、申請書の提出日から起算し、行えなかった場合は最長3か月を超過しない。

※更新の場合は、原則記入不要。

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は、空欄のままをお願いします。

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

申請者 氏名 **甲府 太郎**

受診者との続柄
(**本人**)

(※2) 住所 **甲府市相生2-17-1**

自宅以外への送付を希望する場合、
チェック☑して裏面下段の記入欄
に記入してください。

受給者証や各種通知類等の送付を裏面の住所に希望します。

原則として、難病法に係る医療給付の申請者になれるのは①患者本人②保護者（患者本人が18歳未満の場合における親権者や未成年後見人など）に限られます。
受給者証などの送付先を別に希望される場合は、上記☐にチェックを入れて裏面の記入欄に記入してください。

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」をご確認頂き、以下に署名をお願いします。

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

申請者氏名

臨床調査個人票の研究等への利用に同意をいただける
場合は記入してください。
記入の有無によって審査結果に影響が生じるものではありません。

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
※2 受診者本人の場合は省略可能

(裏面)

《記入例》

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者)	フリガナ	コウフ ハナコ	生年 月日	S24年 4月 2日	受診者との 続柄	妻	
	世帯員氏名	甲府 花子					
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1					
	フリガナ						
	世帯員氏名	支給認定基準世帯員全員を記入してください。					
	個人番号						
	フリガナ						
	世帯員氏名		年月日	年 月 日	受診者との 続柄		
	個人番号						
	フリガナ						
	世帯員氏名		生年 月日	年 月 日	受診者との 続柄		
	個人番号						
	フリガナ						
	世帯員氏名		生年 月日	年 月 日	受診者との 続柄		
	個人番号						
	フリガナ						
	世帯員氏名		生年 月日	年 月 日	受診者との 続柄		
	個人番号						
フリガナ							
世帯員氏名		生年 月日	年 月 日	受診者との 続柄			
個人番号							
(指定) 医療機関 (訪問看護事業者等 を含む)	医療機関名			所在地			
	山梨県立中央病院			甲府市富士見1-1-1			
	山梨大学医学部付属病院			中央市下河東1110			
	指定難病の治療を行う予定の病院を全て記入してください。 薬局は記入不要です。						
※表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載してください。							
受 給 者 証 等 の 送 付 を	フリガナ	コウフ イチロウ	氏名	甲府 一郎	受診者との 続柄	子	
	住所	〒400-0031 甲府市丸の内1-18-1					
	日中連絡がとれる連絡先		055 - 237 - 1173				

※ 保健所確認欄

番号確認	身元確認	代理権確認
------	------	-------