

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		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女	歳	年 月 日	
	個人番号					
	住所	〒			電話	- -
	加入医療保険	フリガナ				受診者との続柄
被保険者氏名						
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		
被保険者証 発行機関名						
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）	世帯員氏名	フリガナ	生年月日			受診者 との続 柄
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日			受診者 との続 柄
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日			受診者 との続 柄
	個人番号		性別	男・女		
病名						
自己負担上限額 の特例 （該当するものに ☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期		
	<input type="checkbox"/>	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 受給者番号（ ）） ・ 無			
(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		
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		印	(※2)	受診者との続柄 ( )		
住所	☐ 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。					
電話番号	-	-	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。申請者の自署又は記名押印があ れば、申請書を提出する方はどなたでもかまいません。 受給者証などの送付先を別に希望される場合は、上記口にチェッ クを入れて裏面の記入欄に記入してください。			
	年	月	日	山梨県知事	殿	

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が、別添「研究利用に関するご説明」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。

申請者氏名

印 (※2)

年 月 日 厚生労働大臣 殿

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。  
 ※2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

(裏面)

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）※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

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)	世帯員氏名	フリガナ	生年月日		受診者との続柄	
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日		受診者との続柄	
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日		受診者との続柄	
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日		受診者との続柄	
	個人番号		性別	男・女		
	世帯員氏名	フリガナ	生年月日		受診者との続柄	
	個人番号		性別	男・女		

※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

(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

※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 の住所送付を	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	日中連絡がとれる連絡先			

※ 保健所確認欄

番号確認	
身元確認	
代理権確認	