

(表)

様式第1号 (第2条関係)

特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書 (新規・変更)			受給者番号	軽	高	人	按	複			
受診者	フリガナ				性別	生年月日			年齢		
	氏名				男・女	年 月 日			歳		
	住所	郵便番号 -				電話番号					
	1月1日現在の住所	都・道 府・県	市・区 町・村			自宅	-	-	携帯	-	-
	※1月1日現在の住所について、1月から6月までに申請する場合は、前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は、当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。										
加入医療保険	保険者名 (発行機関名)				保険種別	国保・国保組合・後期 組合・協会・共済 その他 ()					
	記号・番号 (被保険者番号)					受診者との 関係					
	被保険者氏名										
個人番号											
申請者	※ 受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください (この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。) ※ 申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。										
	フリガナ				受診者との 関係	電話番号					
	氏名					自宅	-	-	携帯	-	-
住所	郵便番号 -				個人番号 (保護者のみ記入)						
指定難病の名称											
負担上限月額の特例 (該当箇所にレ点)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 (臨床調査個人票に記載が必要)				<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (負担上限月額管理票等のコピーが必要)						
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当 (負担上限月額管理票等のコピーが必要)										
受診を希望する指定医療機関 (県外の医療機関を含む。) ※書ききれない場合は、任意の用紙に記載し添付してください。											
	区分 (該当するものに○印をつけてください。)			医療機関名 (支店名まで記入してください。)				所在地			
1	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
2	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
3	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
4	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
5	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
6	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
7	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
8	病院 診療所	薬局	訪問看護 ステーション 等								
上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。											
(宛先) 静岡市長											
年 月 日											

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」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。

厚生労働大臣 様

年 月 日

受診者氏名

(受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。)

