

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

受診者	フリガナ		性別	男・女	生年月日				
	氏名				大正	昭和	平成	令和	年 月 日
	マイナンバー								
住所	〒								

保護者	氏名	/続柄（受給者の）						性別	男・女	生年月日					
	受診者が18歳未満の場合のみ記入										大正	昭和	平成	令和	年 月 日
	マイナンバー														
住所	〒														

加入	フリガナ		生年月日				
	被保険者氏名		大正	昭和	平成	令和	年 月 日
	被保険者証記号・番号						
	被保険者証発行機関名						

【支給認定基準世帯員情報】 受診者が国保（市町・組合）・後期高齢者医療保険に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員（住民票が別の方を含む）を記入して下さい。受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者を記入して下さい。

支給認定基準世帯員氏名		マイナンバー										生年月日	住所		
フリガナ		性別												大正 昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女													
フリガナ		性別												大正 昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女													
フリガナ		性別												大正 昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女													
フリガナ		性別												大正 昭和 平成 令和	年 月 日
		男・女													

今回申請する受給者と同じ世帯（同じ医療保険加入者に限る）に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている者又は申請中の者の有無（あり(裏面へ記入⇒)・なし）

病名												
自己負担	本人の収入状況該当するものに"○"	生活保護	遺族年金（年額）	円								
		障害年金（年額）	その他の非課税収入（年額）	円								
		人工呼吸器等装着	軽症高額									

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（遡り期間は原則1か月前まで）※	令和 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】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []
---	----------	--

※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能です。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載してください。

私は、上記のとおり特定医療費の支給を申請します。	※申請者氏名は代筆でも構いません。	受付印
申請者氏名	続柄（患者の 本人 ・ 保護者 ）	
令和 年 月 日	長崎県知事 様	

以下自治体記入欄

<不備票> 前歴の有無（有 ・ 無）

年度市町村民税所得割合計額	円
生保 ・ 低所Ⅰ ・ 低所Ⅱ ・ 一般Ⅰ ・ 一般Ⅱ ・ 上位	
マイナンバー利用	有 ・ 無 / 同意書 有 ・ 無

裏面に医療機関名記入欄があります。必ずご記入下さい。

(裏面)

		医療機関名	所在地
※申請される病名で現在通院中又は通院予定の医療機関等を記入して下さい。			
受診希望医療機関	病院・診療所		
	薬局		
	訪問看護 ステーション		

《臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意について》
指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」の説明をご確認のうえ、同意書の提出にご協力をお願いいたします。

※受給者証の写しを添付して下さい。

同世帯の指定難病、小児慢性疾患の状況	指定難病、小児慢性疾患の医療費助成を受けている方の氏名		マイナンバー										指定難病 または 小児慢性特定疾病	受給者番号	指定難病・小児慢性 特定疾病の自己負担 額 ※記載不要					
	フリガナ		性別														難病・小児		円	
			男・女																	
	生年月日	大正 昭和	平成 令和	年	月	日	住所													
	フリガナ		性別															難病・小児		円
			男・女																	
	生年月日	大正 昭和	平成 令和	年	月	日	住所													

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の記載が必要です。 ※提出のみの代行の場合は不要

長崎県知事 様		委任状		令和 年 月 日	
	委任者	住所	〒		
		氏名			印（自署又は記名押印）
私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)支給認定申請に関する権限を委任します。					
	代理人	住所	〒		
		電話番号			
		氏名			印（自署又は記名押印）
【委任者との関係】					

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認出来る身分証明書等をご持参下さい。

< 交付申請に関する注意事項 >

1. この申請には、次のものがが必要です。

- ①特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)
- ②臨床調査個人票(新規)
- ③患者と同じ健康保険に加入している全員分の健康保険証の写し
※被用者保険(共済組合、全国健康保険協会、健保組合等)加入者は被保険者と患者分のみでよい
※マイナンバーカードでの代用はできません。
- ④世帯全員の住民票(謄本) ※独居の方でも世帯全員の住民票をご提出下さい。
- ⑤世帯(同一医療保険加入者)の所得を確認できる書類(当該年度の市町村民税所得課税証明書等)
※4~6月に申請する場合は、前年度の市町村民税所得課税証明書
※詳しくは別冊の特定医療費(指定難病)のしおりをご確認ください。
- ⑥同意書 → 患者が加入している健康保険に県が所得区分を確認するための書類

※④、⑤は、マイナンバーカードで書類の省略をできる場合があります。詳しくは特定医療費(指定難病)のしおりをご確認ください。

●以下の⑦~⑧は該当する方のみ提出が必要

- ⑦人工呼吸器等・体外式補助人工心臓装着者の方
必要書類：人工呼吸器記入欄または体外式補助人工心臓装着について記載のある臨床調査個人票
※認定の要件等については管轄の県立保健所または県の国保・健康増進課にお問合せください。
- ⑧患者本人以外で世帯内(患者と同じ医療保険に加入されている方)に指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受給している者がいる場合
必要書類：「特定医療(指定難病)受給者証」または「小児慢性特定疾病医療受給者証」の写し

●以下の⑨は指定難病の認定基準を満たさない方で次の基準に該当する方のみ必要

- ⑨軽症高額に該当する場合
必要書類：医療費申告書、医療機関の領収書等(写しでも可)を3月分以上
※特定医療費の支給認定の要件である「重症度分類等」を満たさないものの、申請を行った月以前の12月以内に「指定難病にかかる医療費の総額」が33,330円を超える月数が3月以上ある方が対象となります(詳しくは別冊の特定医療費(指定難病)のしおりをご確認ください)。
補足：医療費助成の対象は症状の程度が一定以上の者ですが、軽症者であっても高額な医療を継続することが必要な方については、医療費助成の対象となります。

2. 指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意について別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」の説明をご確認のうえ、同意書の提出にご協力をお願いいたします。

3. この申請書および同意書は、患者の住所地を管轄する県立保健所に提出してください。
ただし、長崎市及び佐世保市居住者は、長崎県福祉保健部国保・健康増進課へ提出してください。

**指定難病の医療費助成・登録者証の申請における
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書**

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

____年 ____月 ____日

住 所 : _____

患者署名 : _____

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名: _____

◀ 本同意書に関する説明 ▶

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

◀ データベースに登録される情報と個人情報保護 ▶

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

◀ データベースに登録された情報の活用方法 ▶

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握(重症度等の経過・治験の実行可能性等)や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

◀ 同意の撤回 ▶

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

記載例(被用者保険)

特定医療費(指定難病) 支給認定申請書(新規)																			
受診者	フリガナ	シャホ タケル					性別	男() 女()		生年月日	大正 昭和 平成 令和								
	氏名	社保 健						男() 女()		8年 8月 8日									
	マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0								自宅 095 - 895 - 2496									
保護者	氏名	受診者が18歳未満の場合のみ記入					/続柄(受給者の)		自宅		-								
	マイナンバー								携帯等		-								
	住所	〒850-8570 長崎市尾上町3番1号							携帯等		090 - □□□□ - △△△△								
加入	フリガナ	シャホ タロウ					生年月日		大正 昭和 平成 令和		45年 1月 12日								
	被保険者氏名	社保 太郎																	
	被保険者証記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0																	
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 長崎支部																	
医療保険	【支給認定基準世帯員情報】 受診者が国保(市町・組合)・後期高齢者医療保険に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員(住民票が別の方を含む)を記入して下さい。受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者を記入して下さい。																		
	支給認定基準世帯員氏名			マイナンバー			生年月日			住所									
	フリガナ	シャホ	タロウ	性別	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	大正 昭和 平成 令和	45年 1月 12日	受診者と同じ
	社保 太郎			男() 女()															
フリガナ			性別													大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
フリガナ			性別													大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
フリガナ			性別													大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
受給者と同じ世帯(医療保険加入者に限る)に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている者の有無(あり(裏面へ記入⇒)・なし)																			
自己負担	本人の収入状況が該当するものに"○"	生活保護	障害年金(年額 円)	遺族年金	その他の非課税	人工呼吸器等装着	軽症高												
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(遡り期間は原則1か月前まで)※	令和 6年 2月 1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 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []													

※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能です。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載してください。

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 社保 健 続柄(患者の 本人 ・ 保護者)

令和 6年 4月 1日 長崎県知事 様

※申請者氏名は代筆でも構いません。

受付印

以下自治体記入欄

<不備票> 前歴の有無(有・無)

年度市町村住民税所得割合計

生保・低所I・低所II

マイナンバー利用 有・無

裏面に医療機関名記入欄があります。必ずご記入下さい。

(裏面)

医療機関名		所在地
※申請される病名で現在通院中又は通院予定の医療機関等を記入して下さい。		
受診希望医療機関 病院・診療所	〇〇病院	長崎市尾上町〇〇-〇〇
薬局	△△薬局	長崎市尾上町△△-△△
訪問看護 ステーション	□□訪問看護ステーション	長崎市尾上町□□-□□

臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別紙同意書をご覧ください。

《臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意について》
指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」の説明をご確認のうえ、同意書の提出にご協力をお願いいたします。

※受給者証の写しを添付して下さい。

同世帯の指定難病、小児慢性疾患の状況	指定難病、小児慢性疾患の医療費助成を受けている方の氏名		受給者証の写しを添付してください。												指定難病または小児慢性特定疾病	受給者番号	指定難病・小児慢性特定疾病の自己負担額 ※記載不要					
	フリガナ	性別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	難病(小児)	1234567	円			
	社保 花子	男(女)	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4		難病(小児)	1234567	円				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	15	年	5	月	5	日	住所		佐賀県佐賀市〇〇町△-□											
	フリガナ	性別															難病・小児		円			
		男・女																				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	住所																
	フリガナ	性別															難病・小児		円			
		男・女																				
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	住所																

指定難病受給者の場合は変更申請書もご提出ください。

代理人(患者又は保護者以外の方)が申請を行う場合は、委任状の記載が必要です。 ※提出のみの代行の場合は不要

長崎県知事 様	委任状	令和 年 月 日
委任者	住所 〒	
	氏名	印(自署又は記名押印)
私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)支給認定申請に関する権限を委任します。		
代理人	住所 〒	
	電話番号	- -
	氏名	印(自署又は記名押印)
【委任者との関係】		

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認出来る身分証明書等をご持参下さい。

記載例(国保・国保組合・後期)

受診者		フリガナ	ナガサキ タロウ	性別	男	生年月日	大正昭和平成令和 45年 1月 12日
氏名		長崎 太郎					
マイナンバー		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3					
住所		〒850-8570 長崎市尾上町3番1号				自宅 095 - 895 - 2496 携帯等 090 - □□□□ - △△△△	
保護者		氏名	/続柄(受給者の)				自宅 - - 携帯等 - -
加入		フリガナ	ナガサキ タロウ	生年月日	大正昭和平成令和 45年 1月 12日		
被保険者氏名		長崎 太郎		国保、退職国保、後期⇒本人 国保組合⇒組合員 が、被保険者になります。			
被保険者証記号・番号		ながさき 1234567					
被保険者証発行機関名		長崎市国民健康保険					
【支給認定基準世帯員情報】 受診者が国保(市町・組合)・後期高齢者医療保険に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員(住民票が別の方を含む)を記入して下さい。受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者を記入して下さい。							
医療保険		支給認定基準世帯員氏名		マイナンバー		生年月日	
フリガナ		ナガサキ フトシ	性別	2	大正昭和平成令和		住所
長崎 太		男	2	10年 10月 10日		受診者と同じ	
フリガナ		ナガサキ ハナ	性別	3	大正昭和平成令和		住所
長崎 花		女	3	15年 5月 5日		佐賀県佐賀市〇〇町△-□	
フリガナ			性別		大正昭和平成令和		
			男・女		年 月 日		
					大正昭和平成令和		
					年 月 日		
受給者と同じ世帯(同じ医療保険加入者に限る)に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている者の有無 (あり(裏面へ記入⇒)・なし)							
自己負担		本人の収入状況が該当するものに"○"	生活保護	遺族年金	その他の非課税		
○		障害年金(年額 円)			軽症高		
		人工呼吸器等装着					
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(遡り期間は原則1か月前まで)※		令和 6年 2月 1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】 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []			

※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能です。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載してください。

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 長崎 太郎 続柄(患者の 本人・保護者)

令和 6年 4月 1日 長崎県知事 様

※申請者氏名は代筆でも構いません。

受付印

以下自治体記入欄

<不備票> 前歴の有無(有・無)

年度市町村民税所得割合計

生保・低所I・低所II

マイナンバー利用 有・無

記入不要です。なお受付日は、郵送の場合は消印日、持参の場合は、持参日になります。

裏面に医療機関名記入欄があります。必ずご記入下さい。

(裏面)

医療機関名		所在地
※申請される病名で現在通院中又は通院予定の医療機関等を記入して下さい。		
受診希望医療機関 病院・診療所	〇〇病院	長崎市尾上町〇〇-〇〇
薬局	△△薬局	長崎市尾上町△△-△△
訪問看護 ステーション	□□訪問看護ステーション	長崎市尾上町□□-□□

臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別紙同意書をご覧ください。

《臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意について》
指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」の説明をご確認のうえ、同意書の提出にご協力をお願いいたします。

※受給者証の写しを添付して下さい。

同世帯の指定難病、小児慢性疾患の状況	指定難病、小児慢性疾患の医療費助成を受けている方の氏名										指定難病または小児慢性特定疾病	受給者番号	指定難病・小児慢性特定疾病の自己負担額 ※記載不要							
	フリガナ	加	姓	別	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	難病	小児	円	
	長崎	花	男	○													○	小児	1234567	円
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	15	年	5	月	5	日	住所	佐賀県佐賀市〇〇町△-□										
	フリガナ		性別															難病・小児		円
			男・女															難病・小児		円
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	住所														
	フリガナ		性別															難病・小児		円
			男・女															難病・小児		円
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	住所														

受給者証の写しを添付してください。

指定難病受給者の場合は変更申請書もご提出ください。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の記載が必要です。 ※提出のみの代行の場合は不要

長崎県知事 様	委任状	令和 年 月 日
委任者	住所 〒	
	氏名	印（自署又は記名押印）
私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)支給認定申請に関する権限を委任します。		
代理人	住所 〒	
	電話番号	- -
	氏名	印（自署又は記名押印）
【委任者との関係】		

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認出来る身分証明書等をご持参下さい。