

(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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

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 | | | | | |
| 住所 | 〒 | 850-8570 | | | | | 住所 | | 自宅 095 - 895 - 2496 | | | | | | | |
| | 長崎市尾上町3番1号 | | | | | 住民票の表記と同一にしてください。 | | 携帯等 090 - □□□□ - △△△△ | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入 | フリガナ | シャホ タロウ | | | | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | 社保 太郎 | | | | | 大正 昭和 平成 令和 | | 45年 1月 12日 | | | | | | | |
| | 被保険者証記号・番号 | 1234567 890 | | | | | 被保険者(組合員)を記入してください。 ※受給者が被扶養者(家族)の場合は被保険者と受給者は異なります。 | | | | | | | | | |
| | 被保険者証発行機関名 | 全国健康保険協会 長崎支部 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【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 | | | 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 |
| | 社保 太郎 | | | 男() 女() | 45年 1月 12日 | | | 受診者と同じ | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 男・女 | 大正 昭和 平成 令和 | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 自己負担 | 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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本人の収入状況(該当するものに"○") | 生活保護 | | | 遺族年 | | | 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 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 | 性別 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 難病(小児) | 1234567 | 円 |
| | 社保 花子 | 男(女) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |

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。

記載例(国保・国保組合・後期)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----|---|------|---|--|------------|----|----------|------------|---|---|---|---|---|----------|-------------|--------------|
| 書 (新規) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | ナガサキ タロウ | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 長崎 太郎 | | | | | 性別 | 男 | | 大正昭和平成令和 | 45年 1月 12日 | | | | | | | | |
| | マイナンバー | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | | | 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 - - | | | | | | | | | | | | |
| | マイナンバー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入 | フリガナ | ナガサキ タロウ | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | 長崎 太郎 | | | | | 大正昭和平成令和 | 45年 1月 12日 | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証記号・番号 | ながさき 1234567 | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証発行機関名 | 長崎市国民健康保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ナガサキ | フトシ | 性別 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 大正昭和平成令和 | 10年 10月 10日 | 受診者と同じ |
| | 長崎 太 | | | 男 | | | | | | | | | | | | | 大正昭和平成令和 | 15年 5月 5日 | 佐賀県佐賀市〇〇町△-□ |
| | フリガナ | ナガサキ | ハナ | 性別 | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 長崎 花 | | | 男 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | 性別 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | 性別 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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

裏面に医療機関名記入欄があります。必ずご記入下さい。

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。

受診者が18歳未満の場合に記入してください。

住民票の表記と同一にしてください。

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。

同じ記号番号の医療保険に加入している方全員を記入してください。

該当する箇所があれば必ず丸をつけ、それを証明する書類を添付してください。

ありの場合は裏面へ受給者番号等を記入してください。

やむを得ない事情により1か月以上の有効期間の遡りを希望される場合は、チェックをしてください。

(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 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | 性別 | 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 | フリガナ | 姓 | 名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 性別 | 難病・小児 | 受給者番号 | 円 | | |
| | 長崎 | 花 | 男(女) | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 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 | | | |
| | 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 | | | |
| | 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。