

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（転入）												
特定医療費（指定難病）受給者証 （転入前の受給者番号）						転入前の都道府県						
受診者	フリガナ					性別	男・女	生 年 月 日				
	氏 名							大 正 和 成 平 令 和 年 月 日				
	マイナンバー					自 宅 - - 携 帯 等 - -						
	住 所											
保護者	氏 名					自 宅 - - 携 帯 等 - -						
	受診者が18歳未満の場合のみ記入 マイナンバー											
	住 所											
加入医療保険	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					障 害（遺族）年金（年額 円）					
		人 工 呼 吸 器 等 装 着					そ の 他 の 非 課 税 収 入（年額 円）					
		高 額 か つ 長 期					軽 症 高 額					

私は、臨床調査個人票の研究利用（詳細については裏面参照）について同意し、特定医療費の支給を申請します。										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 前歴の有無（有・無） <不備票>	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	
	個人番号確認 通知カード 住民票 個人カード 代理権確認 委任状記載有り 身元確認 1点 運転免許証 個人カード その他（ ） 2点 医療保険証 住民票 その他（ ）	
特記事項		

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		

<同意について>
 厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。
 また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。
 なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

※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・小児慢性特定疾患の自己負担額 ※記載不要	
	フリガナ		性別										難病・小児	
		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

委任状	
長崎県知事 様	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。

< 支給認定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(転入)

②臨床調査個人票 ※転入受付日によっては省略も可能です。

③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。

④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

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

⑦転入前の都道府県の特定医療費(指定難病)医療受給者証の写し

⑧転入前の都道府県の自己負担上限額管理票の写し

●以下は該当する方のみ提出が必要

⑨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

2. 認定開始日は、審査の結果、認定された場合、申請書を県が受理した日(郵送の場合は消印日)からとなります。

3. この申請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。

4. マイナンバーを記載いただく場合においては、番号情報が確認できるもの、本人確認できるものについて、窓口申請の場合には、提示、郵送の場合には写しの提出が必要となります。