

| 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 | 自宅 | — | — | |
| 住 所 | 〒 — | | | | | | 携帯等 | | — | — | | |
| 保護者 | 氏 名 | /続柄(受給者の) | | | | | | 住所 | 自宅 | — | — | |
| | 受給者が18歳 マイナンバー | | | | | | 携帯等 | | — | — | | |
| | 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 | | | | 遺 族 年 金 (年額 円) | | | | | | |
| | | 障 害 年 金 (年額 円) | | | | そ の 他 の 非 課 税 収 入 (年額 円) | | | | | | |
| | | 人 工 呼 吸 器 等 装 着 | | | | 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。 ※申請者氏名は、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。 | | | | | | | | | | 受付印 |
| 申請者氏名 | | | | | 印 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 |
|---------------------------------|--------|-------|-----|
| ※記入した医療機関等以外では使用できませんのでご注意ください。 | | | |
| 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・小児慢性特定疾病の自己負担額 ※記載不要 |
|--------------------|-----------------------------|-------|--------|--|--|--|-----------------|-------|---------------------------|
| | フリガナ | | 性別 | | | | | | |
| | | 男・女 | | | | | | 難病・小児 | |
| 生年月日 | 大正昭和 平成令和 | 年 月 日 | 住所 | | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | | | | | | | 円 |
| | | 男・女 | | | | | | 難病・小児 | |
| 生年月日 | 大正昭和 平成令和 | 年 月 日 | 住所 | | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | | | | | | | 円 |
| | | 男・女 | | | | | | 難病・小児 | |
| 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。

< 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

●以下の⑦~⑧は該当する方のみ提出が必要

- ⑦人工呼吸器等装着者(※2)の場合
必要書類: 臨床調査個人票の人工呼吸器の欄に記入(別様式の診断書でも可)
※2 具体的には以下の2要件を満たす者
 - ・継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者であること
 - ・日常生活動作が著しく制限されている者であること

- 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(※3)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
※3 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. 新規申請の認定開始日は、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。

| 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|--------|---|---|---|---|---|---|---|-------------|-----------------------|--------|----------------------|-------------|------------------|---------|--|
| 診 者 | 氏名 | ながさき タロウ | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 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 | 自宅095-895-2496 | | | | |
| | 住所 | 〒850-8570 長崎市江戸町2番13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 | 受給者が18歳未満 /続柄(受給者の) | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | 自宅 - - | | 携帯等 - - | |
| | マイナンバー | | | | | | | | | | | 保護者欄は18歳未満のみ記入してください。 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | フリガナ | ながさき 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 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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】 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 支給認定基準世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | フリガナ | ながさき タ | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | | 住所 | |
| | | | 長崎 太 | | | | | | | | | | | 10年 10月 10日 | | 受診者と同じ | | |
| | | | 長崎 花 | | | | | | | | | | | 15年 5月 5日 | | 佐賀県佐賀市〇〇町△-□ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已 負 担 | 生 活 保 護 | 障 害 年 金 (年額1,508,213円) | | | | | | | | | 遺 留 金 | | | 円) | | | | |
| | 人工呼吸器等装着 | | | | | | | | | | その他 | | | 円) | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 長崎太郎 | 長崎印 | | | | | | | | | | 続柄（患者の）本人・保護者 | | | | | | |
| 令和 | 29年 | 2月 | 2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 |
|---------------------------------|---|-------------|
| ※記入した医療機関等以外では使用できませんのでご注意ください。 | | |
| 病院・診療所 | 〇〇病院 | 長崎市江戸町〇〇-〇〇 |
| | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 現在、申請される病名で通院中または通院予定の医療機関を記入ください。記入された医療機関以外では受給者証の使用ができませんので、ご注意ください。 </div> | |
| | △△薬局 | 長崎市江戸町△△-△△ |
| | | |
| 訪問看護ステーション | □□訪問看護ステーション | 長崎市江戸町□□-□□ |
| | | |
| | | |

<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 | | 記載事項について前項に同じ | | 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 | が 姓 フト | 性別 | | | (難病)・小児 | 1234567 |
| | 長崎 太 | 男 | | | | | |
| 生年月日 | 大正昭和 平成令和 | 10年10月10日 | 住所 | 受診者に同じ | | | |
| 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

令和 年 月 日

委任状

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。

| 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規） | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---------------------|-----------------------------------|-----|---|------|-------------------------|---|
| 診 者 | 氏名 | 社保 健 | | | | | | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 8年 8月 8日 | |
| | マイナンバー | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | 住所 | 〒850-8570 長崎市江戸町2番13号 | | | | | | 住民票の表記と同一にしてください。 | | | | | |
| 保 護 者 | 氏名 | 受給者が18歳未満 / 続柄(受給者の) | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | 自宅 携帯等 | |
| | マイナンバー | | | | | | | | | | | 自宅 - 携帯等 - | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | フリガナ | シヤホ タケル | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| | 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】 | 支給認定基準世帯 | | | | | | 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。 | | 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。 | | | |
| | フリガナ | シヤホ タケル | | | | | | 生年月日 | | 住所 | | | |
| | フリガナ | 社保 太郎 | | | | | | 大正 昭和 平成 令和 | | 45年 1月 12日 | | 受診者と同じ | |
| | フリガナ | | | | | | | 大正 昭和 平成 令和 | | 年 月 日 | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 大正 昭和 平成 令和 | | 年 月 日 | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 大正 昭和 平成 令和 | | 年 月 日 | | | |
| 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。 | | | | | | | 裏面へ受給者番号等を記入してください。 | | | | | | |
| 自己負担 | 生 活 保 護 | | | | | | 遺 | | 円) | | | | |
| ○ | 障 害 年 金 (年額1,508,213円) | | | | | | そ の | | 円) | | | | |
| | 人 工 呼 吸 器 等 装 着 | | | | | | 軽 | | | | | | |
| 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 社 保 健 | | | | | | | | | | 社保 印 | | | |
| 令和 元 年 2月 2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 |
| 代理権確認 | 委任状記載有り | 個人カード |
| 身元確認 | 1点 運転免許証 | 個人カード |
| | 2点 医療保険証 | 住民票 |
| 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 |
|---------------------------------|---|-------------|
| ※記入した医療機関等以外では使用できませんのでご注意ください。 | | |
| 病院・診療所 | 〇〇病院 | 長崎市江戸町〇〇-〇〇 |
| | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 現在、申請される病名で通院中または通院予定の医療機関を記入ください。記入された医療機関以外では受給者証の使用ができませんので、ご注意ください。 </div> | |
| | △△薬局 | 長崎市江戸町△△-△△ |
| | | |
| 訪問看護ステーション | □□訪問看護ステーション | 長崎市江戸町□□-□□ |
| | | |
| | | |

＜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 | | 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 | 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△-□ | | | | | 指定難病受給者の場合は変更申請書もご提出ください。 | | 円 |
| | フリガナ | 性別 | | | | | | | | | | | | | 難病・小児 | | 円 |
| | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | | | | | | | | | | | | | 難病・小児 | | 円 |
| | フリガナ | 性別 | | | | | | | | | | | | | 難病・小児 | | 円 |
| | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 | | | | | | | | | | | | | | | |

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。