



特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

長崎県知事 殿

下記のとおり特定医療費の支給等を申請します。

に記入及び該当するものに☑してください。

マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を
 希望する 希望しない

申請日 年 月 日

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)		
	氏名			(携帯)		
	マイナンバー		生年月日	大正 平成	昭和 令和	年 月 日
	住所	〒				

※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。(受診者が未成年の場合、保護者が申請者となります。)

申請者	フリガナ		受診者との関係	
	氏名		電話番号	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 書類の送付先に指定する		

病名			
自己負担上限額の 特例等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 生活保護

加入医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市町国保) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 被用者保険(全国健康保険協会・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設等)	記号・番号 (被保険者番号)	(枝番)		
			被保険者証 発行機関名			
			保険者番号			
	↓ [被用者保険] [業種別国民健康保険組合] の方で、受診者本人が被保険者(組合員)の場合は記入不要。 (受診者が「被扶養者」「家族」の場合は、被保険者(組合員)は別の方になりますので記入してください。)					
被保険者	フリガナ		受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名			住所		
	マイナンバー		※受診者と住所が異なる場合に記載			

国民健康保険(市町国保)・後期高齢者医療保険・業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設)加入者で受診者と被保険者以外に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)を支給認定基準世帯員に記入して下さい。(中学生以下は記入不要。)

支給認定基準世帯員	フリガナ		受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名			住所	※受診者と住所が異なる場合に記載	
	マイナンバー		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和
	フリガナ			住所	※受診者と住所が異なる場合に記載	
	氏名		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和
	マイナンバー			住所	※受診者と住所が異なる場合に記載	
	フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和
	氏名			住所	※受診者と住所が異なる場合に記載	
マイナンバー						

受診者の非課税収入に関する事項

非課税収入 ※受給しているものに ○、ないものには×	遺族年金	年額	円	その他()	年額	円
	障害年金	年額	円			

以下自治体記入欄	前歴(有・無)	同意(有・無)	受付印	
不備内容	年度市町村民税所得割額合計			円
	生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位			

裏面も必ずご記入ください。

◆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。

受診を希望する指定医療機関	医療機関名		所在地
	病院・診療所		
	薬局		
	訪問看護ステーション		

◆受診者と同じ世帯に指定難病/小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいれば記入してください。

指定難病・小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者	<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号							自己負担額		円
	フリガナ			生年月日	大正	昭和	年	月	日			
	氏名			マイナンバー								

◆支給開始の遡りについて

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)※	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。

◆登録者証について

登録者証申請	<input type="checkbox"/> 申請する	<input type="checkbox"/> 申請しない	<input type="checkbox"/> 発効済み(発行自治体:)
紙交付希望	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる連携が困難なため、紙交付を希望する		

※「申請する」を希望した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。
※登録者証は原則マイナンバー連携となります。

◆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

私は、別添の説明を読み、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。	
厚生労働大臣 殿	年 月 日
	申請者(受診者) 氏名 _____

◆受診者本人または保護者以外が申請する場合は、記入してください。※提出のみの代行の場合は不要

委任状	長崎県知事 殿	
	委任者(受診者) 氏名 _____	印 (自署または記名押印)
	私は、特定医療費(指定難病)支給認定申請及びこの申請に係る個人番号(マイナンバー情報連携を希望する場合)の利用・提供等の取扱を、次の者に委任します。	
	受任者(代理人) 住 所 _____	<input type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	電話番号 _____	<input type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	氏 名 _____	印 【委任者(受診者)との関係 _____】 (自署または記名押印)

※受任者(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。

記入例 1

様式第1号

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

長崎県知事 殿

下記のとおり特定医療費の支給等を申請します。

に記入及び該当するものに☑してください。 マイナンバー連携(一部書類の提出省略)を
 希望する 希望しない

申請日 7年6月1日

受診者	フリガナ	コクホ タロウ	電話番号	(自宅)	095-895-2496
	氏名	国保太郎		(携帯)	090-9999-9999
	マイナンバー	9999999999999999	生年月日	大正 昭和 平成 令和	30年7月1日
	住所	〒999-9999 佐世保市●●町1-1			

マイナンバーを利用して、書類の省略を希望する場合は「希望する」にチェックしてください。

受診者以外が申請する場合、記入していただく送付先を、申請者にする場合は「☐書類の送付先に指定する」にチェックしてください。

※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。(受診者が未成年の場合、保護者が申請者となります。)

申請者	フリガナ		受診者との関係	
	氏名		電話番号	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 書類の送付先に指定する		

特例等に該当する場合、該当するものにチェックしてください。

病名	パーキンソン病		
自己負担上限額の特例等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 生活保護

加入医療保険	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険(市町国保)	記号・番号(被保険者番号)	させば 999999 (枝番) 01		
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	被保険者証発行機関名	佐世保市国民健康保険		
		<input type="checkbox"/> 被用者保険(全国健康保険協会・健保組合・共済等)	保険者番号	00420026		
		<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設等)				
↓ [被用者保険] [業種別国民健康保険組合] の方で、受診者本人が被保険者(組合員)の場合は記入不要。(受診者が「被扶養者」「家族」の場合は、被保険者(組合員)は別の方になりますので記入してください。)						
被保険者	フリガナ		受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名		住所	※受診者と住所が異なる場合に記載		
	マイナンバー					

ご加入の医療保険について記入してください。

「被用者保険」「業種別国民健康保険組合」の場合、受診者が被扶養者の場合に、「被保険者」を記入してください。

国民健康保険(市町国保)・後期高齢者医療保険・業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設)加入者で受診者と被保険者以外に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)を支給認定基準世帯員に記入して下さい。(中学生以下は記入不要。)

支給認定基準世帯員	フリガナ	コクホ イチロウ	受診者との続柄	子	生年月日	大正 昭和 平成 令和	5年5月5日
	氏名	国保一郎	住所	※受診者と住所が異なる場合に			
	マイナンバー	8888888888888888					
	フリガナ	コクホ ジロウ	受診者との続柄	子	生年月日	大正 昭和 平成 令和	7年7月7日
	氏名	国保二郎	住所	※受診者と住所が異なる場合に記載			
	マイナンバー	7777777777777777					
フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
氏名		住所	※受診者と住所が異なる場合に記載				
マイナンバー							

「国民健康保険」「後期高齢者医療保険」「業種別国民健康保険組合」の場合、受診者と同じ保険に加入されている方を記入してください。(中学生以下は記入不要です。)

受診者の非課税収入の状況を記入してください。受給しているものに○及び前年1月~12月の受給金額を記入し、受給していない場合は×を記入してください。

受診者の非課税収入に関する事項			
非課税収入 ※受給しているものに○、ないものには×	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金	年額	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金	年額	800,000 円
	その他()	年額	円

以下自治体記入欄	前歴(有・無)	同意(有・無)	受付印
不備内容	年度市町村民税所得割額合計 円		
	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位		

裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

◆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。

受診を希望する指定医療機関	医療機関名	所在地
	病院・診療所 ○○病院 ××医院	長崎市○○町3-3 長崎市××町6-6
	薬局 △△薬局	長崎市△△町4-4
訪問看護ステーション	□□訪問看護ステーション	長崎市□□町5-5

申請される病名で通院中又は今後通院予定の医療機関を記入してください。

◆受診者と同じ世帯に指定難病/小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいれば記入してください。

指定難病・小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	9 9 9 9 9 9 9	自己負担額	5,000
フリガナ	コクホ ジロウ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	7 年 7 月 7 日
氏名	国保 二郎		マイナンバー	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	

ここでいう同じ世帯とは、同じ医療保険に加入されている方を指します。

◆支給開始の遡りについて

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)※	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
---	-------	--

遡りは基本的に診断年月日又は受付日から1ヶ月前の日のどちらか遅い日までになります。やむを得ず1か月以上の遡り場合は、理由の記入をしてください。(ただし、診断年月日より前に遡ることはできません。)

※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。

◆登録者証について

登録者証申請	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 発効済み(発行自治体:)
紙交付希望	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる連携が困難なため、紙交付を希望する

登録者証の交付の希望についてチェックしてください。※登録者証については、しよりの11ページでご確認ください。

※「申請する」を希望した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携による登録者情報を確認することがあります。※登録者証は原則マイナンバー連携となります。

◆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

私は、別添の説明を読み、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。	厚生労働大臣 殿	7 年 6 月 1 日	申請者(受診者) 氏名 国保 太郎
--	----------	-------------	-------------------

※説明については、しよりの10ページでご確認いただき、同意いただける場合は記入をお願いします。

◆受診者本人または保護者以外が申請する場合は、記入してください。※提出のみの代行の場合は不要

委任状	長崎県知事 殿	委任者(受診者) 氏名 _____ 印 (自署または記名押印)
	私は、特定医療費(指定難病)支給認定申請及びこの申請に係る個人番号(マイナンバー情報連携を希望する場合)の利用・提供等の取扱を、次の者に委任します。	
	受任者(代理人) 住 所 _____	<input type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	電話番号 _____	<input type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	氏 名 _____ 印 【委任者(受診者)との関係 _____】	(自署または記名押印)

受診者(未成年の場合は保護者)以外の方が申請する場合は委任状が必要になります。ただし、受診者(保護者)が申請者で、提出のみを代行する場合は記入不要です。

※受任者(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。

記入例 2

様式第1号

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

長崎県知事 殿

下記のとおり特定医療費の支給等を申請します。

に記入及び該当するものに☑してください。

マイナンバー連携(一部書類の提出省略)を
 希望する 希望しない

申請日	7 年 6 月 1 日	
受診者	フリガナ	コクホ タロウ
	氏名	国保 太郎
	マイナンバー	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	住所	〒999-9999 佐世保市●●町1-1
電話番号	(自宅) 095-895-2496 (携帯) 090-9999-9999	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	30 年 7 月 1 日

マイナンバーを利用して、書類の省略を希望する場合は「希望する」にチェックしてください。

受診者以外が申請する場合、記入していただく送付先を、申請者にする場合は「☐書類の送付先に指定する」にチェックしてください。

※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。(受診者が未成年の場合、保護者が申請者となります。)

申請者	フリガナ	コクホ ハナコ	受診者との関係	子
	氏名	国保 花子	電話番号	080-0000-0000
	住所	〒999-9999 長崎市●●町2-2	<input type="checkbox"/> 書類の送付先に指定する	

特例等に該当する場合、該当するものにチェックしてください。

病名	パーキンソン病		
自己負担上限額の特例等	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 生活保護

加入医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市町国保) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 被用者保険(全国健康保険協会・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設等)	記号・番号(被保険者番号)	123456 789 (枝番) 01
			被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 長崎支部
			保険者番号	01420017

ご加入の医療保険について記入してください。

「被用者保険」「業種別国民健康保険組合」の場合で、受診者が被扶養者の場合に、「被保険者」を記入してください。

↓ [被用者保険] [業種別国民健康保険組合] の方で、受診者本人が被保険者(組合員)の場合は記入不要。(受診者が「被扶養者」「家族」の場合は、被保険者(組合員)は別の方になりますので記入してください。)

被保険者	フリガナ	コクホ ハナコ	受診者との続柄	子	生年月日	大正 昭和 平成 令和	55 年 5 月 5 日
	氏名	国保 花子	住所	長崎市●●町2-2			
	マイナンバー	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6					

※受診者と住所が異なる場合に記載

国民健康保険(市町国保)・後期高齢者医療保険・業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設)加入者で受診者と被保険者以外に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)を支給認定基準世帯員に記入して下さい。(中学生以下は記入不要。)

支給認定基準世帯員	フリガナ	受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月
	氏名	住所	※受診者と住所が異なる場合に		
	フリガナ	受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月
	氏名	住所	※受診者と住所が異なる場合に記載		
	フリガナ	受診者との続柄	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名	住所	※受診者と住所が異なる場合に記載		

「国民健康保険」「後期高齢者医療保険」「業種別国民健康保険組合」の場合で、受診者と同じ保険に加入されている方を記入してください。(中学生以下は記入不要です。)

受診者の非課税収入の状況を記入してください。受給しているものに○及び前年1月~12月の受給金額を記入し、受給していない場合は×を記入してください。

受診者の非課税収入に関する事項

非課税収入	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金	年額	800,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> その他 ()	年額	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金	年額	円			

※受給しているものに○、ないものには×

以下自治体記入欄	前歴 (有・無)	同意 (有・無)	受付印
不備内容	年度市町村民税所得割額合計		円
	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位		

裏面も必ずご記入ください。

(裏面)

◆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。

	医療機関名	所在地
受診を希望する指定医療機関	病院・診療所 ○○病院 ××医院	長崎市○○町3-3 長崎市××町6-6
	△△薬局	長崎市△△町4-4
	訪問看護ステーション □□訪問看護ステーション	長崎市□□町5-5

申請される病名で通院中又は今後通院予定の医療機関を記入してください。

◆受診者と同じ世帯に指定難病/小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいれば記入してください。

指定難病・小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	9 9 9 9 9 9 9	自己負担額	5,000
フリガナ	コクホ ジロウ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	7 年 7 月 7
氏名	国保 二郎		マイナンバー	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	

ここでいう同じ世帯とは、同じ医療保険に加入されている方を指します。

◆支給開始の遡りについて

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)※	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
---	-------	--

遡りは基本的に診断年月日又は受付日から1ヶ月前の日までのどちらか遅い日までにやむを得ず1か月以上の遡り場合は、理由の記入をしてください。(ただし、診断年月日より前に遡ることはできません。)

※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。

◆登録者証について

登録者証申請	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない	<input type="checkbox"/> 発効済み(発行自治体:)
紙交付希望	<input type="checkbox"/> マイナンバーによる連携が困難なため、紙交付を希望する	

登録者証の交付の希望についてチェックしてください。登録者証については、しおりの11ページでご確認ください。

※「申請する」を希望した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携による登録者情報を確認することがあります。
※登録者証は原則マイナンバー連携となります。

◆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

私は、別添の説明を読み、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。	厚生労働大臣 殿	7 年 6 月 1 日	申請者(受診者) 氏名 国保 花子
--	----------	-------------	-------------------

※説明については、しおりの10ページでご確認いただき、同意いただける場合は記入をお願いします。

◆受診者本人または保護者以外が申請する場合は、記入してください。※提出のみの代行の場合は不要

委任状	長崎県知事 殿	委任者(受診者) 氏名 国保 太郎 印 (自署または記名押印)
	私は、特定医療費(指定難病)支給認定申請及びこの申請に係る個人番号(マイナンバー)情報連携を希望する場合の利用・提供等の取扱を、次の者に委任します。	
	受任者(代理人) 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者欄のとおり
	氏名 国保 花子 印 【委任者(受診者)との関係 子】	(自署または記名押印)

受診者(未成年の場合は保護者)以外の方が申請する場合は委任状が必要です。ただし、受診者(保護者)が申請者で、提出のみを代行する場合は記入不要です。

※受任者(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。