

受給者番号

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）

受診者	フリガナ		性別	生年月日・年齢		
	氏名		男・女	大正 昭和 平成	年 月 日	(歳)
	住所	〒 山梨県		電話	- -	
	加入医療保険	フリガナ	被保険者氏名		受診者との続柄	
	保険種別	国保・退職・国組・協会 組合・共済・その他・後期		被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証 発行機関名					

支給認定 基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者)	世帯員氏名		年齢	歳	受給者との続柄	
	世帯員氏名		年齢	歳	受給者との続柄	
	世帯員氏名		年齢	歳	受給者との続柄	
	世帯員氏名		年齢	歳	受給者との続柄	

病名

自己負担上限額の特例 ※該当するものに☑	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定

今回申請する受診者と同じ世帯内に 指定難病又は小児慢性特定疾患の 医療費の受給を受けている者又は申請中の者	無 ・ 有	小児慢性特定疾患、（指定難病）受給者 氏名 [] 受給者番号 []
---	-------------	---

(指定)医療機関 (訪問看護事業者 等を含む)	医療機関名	所在地

臨床調査個人票 の研究利用に ついての同意	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を 厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として 使用されることに同意する（詳細については裏面を参照）。
-----------------------------	---

私は、上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定医療費の支給を申請します。

申請者 氏名 _____ 印 _____ 受給者との続柄 _____
住所 _____
電話番号 (_____) 受給者証や各種通知類等の送付を裏面の住所に希望します。

平成 年 月 日 山梨県知事 殿

原則として、難病法に係る医療給付の申請者になれるのは①患者本人②保護者（患者本人が18歳未満の場合における親権者や未成年後見人など）に限られます。（裏面参照）

(裏面)

<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。

<申請者について> 申請者の自署又は記名押印があれば、申請書を提出する方はどなたでもかまいません。受給者証などの送付先を別に希望される場合は、表面の□にチェックを入れて裏面の記入欄に記入してください。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

支給認定 基準世帯員 (受診者と同じ医療 保険に加入する者)	世帯員氏名	年齢	歳	受給者との続柄
	世帯員氏名	年齢	歳	受給者との続柄
	世帯員氏名	年齢	歳	受給者との続柄
	世帯員氏名	年齢	歳	受給者との続柄

※表面に書き切れない場合のみ記載してください。

(指定)医療機関 (訪問看護事業者 等を含む)	医療機関名	所在地

※表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載してください。

受給者 証等 住所 送付 先	フリガナ		受診者との続柄
	氏名		
	住所	〒 - 山梨県	
	日中連絡がとれる 連絡先（電話番号）		