

# 特定医療費支給認定申請書・登録者証（指定難病）申請書

京都府知事 様

年 月 日 本申請書に記載のとおり申請します。

現在又は過去の受給者番号

 申請区分  新規  疾病追加  転入（転入元： ）

患者	フリガナ			大正・昭和・平成・令和
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 京都府		
	電話番号	自宅： - -	携帯： - -	

申請者について該当する□に✓を記入してください。

申請者 (保護者)	<input type="checkbox"/> 患者と同じ		<input type="checkbox"/> 患者とは異なる（詳細を以下に記載）	
	フリガナ		患者との関係	
	住所	〒		
	電話番号	自宅： - -	携帯： - -	

送付先について該当する□に✓を記入してください。

送付先	<input type="checkbox"/> 患者に送付		<input type="checkbox"/> 申請者に送付		<input type="checkbox"/> その他（詳細を以下に記載）	
	フリガナ		患者との関係			
	住所	〒				
	電話番号	自宅： - -	携帯： - -			

申請疾病①	告示番号		指定難病名		
申請疾病②	告示番号		指定難病名		
診断年月日 (臨床調査個人票から転記)			年	月	日
申請までに時間を要した理由を右から選択（上記の「診断年月日」が申請の1か月以上前になる場合又は空欄の場合）  ※やむを得ない理由がない場合（該当しない場合含む。）は、申請した日から1か月前の同日が支給開始日の遡り上限となります。			<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（ ）	

京都府使用欄		有効期間		階層区分		入カランク	按分時上限額
年 月 日 ~ 年 月 日		生・低Ⅰ・低Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ・上					
年 月 日 ~ 年 月 日		軽症高額・高額長期・人工呼吸器等・按分					
診断年月日	年 月 日	支給開始日の☑	無	有	登録者証希望	無	有
軽症高額の該当	無	有	① 月 ② 月 ③ 月 日	マイナンバー照会	無	有 (ka)	受付印
臨床調査個人票	医療保険確認書類	マイナンバー関係書類等	本人の特定医療費(指定難病)受給者証(写し)				
住民票の写し	保険者照会に係る同意書	市町村民税課税証明書	世帯員の特定医療費(指定難病)受給者証(写し)				
		障害年金等受給の有無の確認	世帯員の小児慢性特定疾病医療受給者証(写し)				

<その他該当事項>

<input type="checkbox"/>	軽症高額	申請日の属する月以前の12か月間（発症日以降）に、上記の指定難病に係る月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上
<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月間（特定医療費の助成開始日以降）に、上記の指定難病に係る月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等使用 （右記いずれか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>常に人工呼吸器を装着しており離脱見込みがなく、生活上介助が必要</li> <li>体外式補助人工心臓を使用</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	家族が特定医療費の 受給者	家族に特定医療費の受給者がおり、要件を満たす場合に上限額を按分
<input type="checkbox"/>	患者又は家族が 小児慢性特定疾病 医療費の受給者	患者本人又は家族が小児慢性特定疾病医療費の受給者であり、要件を満たす場合に上限額を按分

<所得に関する申立事項>

<input type="checkbox"/>	上位所得	以下のいずれかに該当するため、上位所得（自己負担上限月額30,000円）になることに同意します。 <ul style="list-style-type: none"> <li>「住民票の写し」と「医療保険の確認に必要な情報（個人番号を含む）」について、患者以外の分を省略</li> <li>海外に在住していた等により必要な課税情報の確認ができない</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	低所得 I	非課税世帯かつ年間収入80万円以下（※）のため、低所得 I（自己負担上限月額2,500円）の階層に該当します。 ※詳細な要件は「記入例」及び「必要書類（新規）」をご確認ください。

<臨床調査個人票の研究利用についての同意>

私は、別添「研究利用に関するご説明」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 様

年 月 日

患者署名：

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、下記にも署名

代理人署名：

<委任状> 患者又は法定代理人以外の方が申請する場合に記入してください。

京都府知事 様

私は、（受任者名： ）を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続きを委任します。

年 月 日 委任者名：

代理人住所

申請者との続柄

支給認定基準世帯員（※1）：別紙記入例を参照の上、以下について必要な分を記載してください。

※1 自己負担上限額算定時に参照する世帯員です。患者が加入する公的医療保険に応じて参照範囲は異なります。参照範囲は「必要書類（新規）」7頁の「支給認定基準世帯員のフローチャート」をご確認ください。

※2 個人番号については、確認できる添付書類（個人番号が表示されている住民票の写し等）があれば省略可能です。その場合は、「記載省略（添付書類あり）」の□に✓を記入してください。

患者	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号（※2）	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）					
	1頁患者欄に同じ	本人	<input type="checkbox"/> 該当							
	公的医療保険情報（※2） <input type="checkbox"/> 生活保護・中国残留邦人等支援給付									
	保険者番号				保険者名称					
	記号				番号				枝番	
	加入保険の種別が社会保険の場合、患者の該当する区分（被保険者又は被扶養者）を選択 → <input type="checkbox"/> 患者が被保険者 <input type="checkbox"/> 患者が被扶養者（家族が被保険者） ★世帯員①に家族の情報をお書きください									
1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年					小児慢性特定疾病医療費の受給者					
都・道・府・県			市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 該当	受給者番号 ※該当の場合				

★患者が社会保険の「被扶養者」に該当する場合、被保険者の情報を記載

世帯員① （★）	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）					
			<input type="checkbox"/> 該当							
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年									
	都・道・府・県			市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 患者と同じ				
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者									
<input type="checkbox"/> 指定難病		<input type="checkbox"/> 小慢		→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載						

世帯員②	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）					
			<input type="checkbox"/> 該当							
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年									
	都・道・府・県			市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 患者と同じ		<input type="checkbox"/> 世帯員①と同じ		
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者									
<input type="checkbox"/> 指定難病		<input type="checkbox"/> 小慢		→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載						

世帯員③	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）					
			<input type="checkbox"/> 該当							
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年									
	都・道・府・県			市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 患者と同じ		<input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ		
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者									
<input type="checkbox"/> 指定難病		<input type="checkbox"/> 小慢		→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載						

世帯員④	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）					
			<input type="checkbox"/> 該当							
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年									
	都・道・府・県			市・区・町・村		<input type="checkbox"/> 患者と同じ		<input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ		
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者									
<input type="checkbox"/> 指定難病		<input type="checkbox"/> 小慢		→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載						

支給認定基準世帯員（続き）

世帯員⑤	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）
			<input type="checkbox"/> 該当		
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年				
	都・道・府・県	市・区・町・村	<input type="checkbox"/> 患者と同じ	<input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ	
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者				
<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小慢	→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載			

世帯員⑥	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）
			<input type="checkbox"/> 該当		
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年				
	都・道・府・県	市・区・町・村	<input type="checkbox"/> 患者と同じ	<input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ	
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者				
<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小慢	→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載			

世帯員⑦	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）
			<input type="checkbox"/> 該当		
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年				
	都・道・府・県	市・区・町・村	<input type="checkbox"/> 患者と同じ	<input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ	
	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者				
<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小慢	→ 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載			

＜登録者証の申請＞

ハローワークでの就労支援や、市町村が行う障害福祉サービス利用時に、登録者証の提示によって指定難病患者であることを証明することができます。特定医療費支給認定との同時申請をされる場合は、以下の①～③について確認の上、該当する項目の□にチェックをお願いします。なお、記載がない場合は、登録者証の交付について申請（希望）しないものと見なします。

①登録者証の交付		
<input type="checkbox"/> 1. 希望します 以下②、③も回答してください。	<input type="checkbox"/> 2. 希望しません 以下の回答は不要です。	<input type="checkbox"/> 3. 交付済み (交付自治体： ) 以下の回答は不要です。

②特定医療費支給認定時（受給者証が交付された場合）の対応	
特定医療費の支給認定申請が承認され受給者証が交付された場合、登録者証の交付も希望しますか。 ※特定医療費の支給が認定された方は、受給者証を登録者証としても使用できます。	<input type="checkbox"/> 1. 登録者証の交付も希望します <input type="checkbox"/> 2. 受給者証が交付された場合、登録者証の交付は不要です

③登録者証としてのマイナンバーカードの利用（マイナンバーを用いた情報連携）	
京都府では現在、書面で登録者証を交付しております。マイナンバーカードを登録者証として利用できるようになった後も書面での登録者証交付を希望しますか。	<input type="checkbox"/> 1. 書面での登録者証利用を希望します <input type="checkbox"/> 2. 書面の登録者証は不要です