

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 登録者証（指定難病）申請書

（新規・疾病追加・転入(転出元:)）←該当に○をつけてください。

★太枠内の内容をご記入ください（◎は記入不要）・裏面があります。

受診者	フリガナ				生年月日	年齢	
	氏名				年 月 日	歳	
	住所				郵便番号	□□□□-□□□□	
				電話番号	(自宅) (携帯)		
送付先	↓ 受診者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。						
	フリガナ				受診者との関係		
	氏名				郵便番号	□□□□-□□□□	
	住所				電話番号	(自宅) (携帯)	
申請疾病名	①			②			
現在の受給者番号 (新規は記載不要)						
今回申請する受診者と同じ世帯内(同じ医療保険の加入者)にいる指定難病又は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	有・無	指・小 氏名 ()			受給者番号 ()		
		指・小 氏名 ()			受給者番号 ()		
世帯員（受診者と同じ医療保険に加入している方）							
受診者・世帯員氏名	受診者との続柄	16歳未満	ご加入の医療保険等 (いずれかに○)	個人番号 上段には12桁のマイナンバーを、下段には1月1日(1～6月に申請する方は前年、7～12月に申請する方は当年)時点の住所所在地を記載ください。			
	本人	<input type="checkbox"/>	社保・共済 ・ 市町村国保 ・ 国保組合 ・ 後期高齢 ・ 生活保護	都・道 府・県		市・区 町・村	
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村	
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村	
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村	
		<input type="checkbox"/>		都・道 府・県		市・区 町・村	
16歳未満の方は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。							

【裏面にも記載をお願いします。】

《事務処理使用欄》

◎有効期間	◎階層区分	◎適用区分
1 年 月 日 ~ 年 月 日	生・低Ⅰ・低Ⅱ・一Ⅰ・一Ⅱ・上	
2 年 月 日 ~ 年 月 日		

診断年月日	年 月 日	支給開始日の☑	無	有
軽症高額の該当	無 有	① 月 ② 月 ③ 月	日	

臨床調査個人票	
臨床調査個人票に係る同意書	
健康保険証(写し)	
住民票	
特定医療費(指定難病)受給者証(写し)	
保険者照会に係る同意書	

市町村民税課税証明書	
マイナンバー関係書類等	
同一世帯の特定医療費(指定難病)受給者証(写し)	
同一世帯内の小児慢性医療受給者証(写し)	
障害年金等受給の有無の確認	有 無 不要

受付印

＜医療費の支給開始日について＞

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（※1, 2）	年 月 日
【上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】 該当する場合は、理由を以下から選択の上チェックしてください。記載がない場合、該当なし（1か月を上限とする遡り）と見なします。	
<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"/> 大規模災害等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（具体的理由を以下に記載してください。）	

＜登録者証の発行について＞

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。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、登録者証の発行や情報連携について申請（希望）しないものと見なします。

①登録者証の発行	②受給者証が交付（医療費支給申請が認定）された場合の対応（※3）	③マイナンバーを用いた情報連携（※4）
<input type="checkbox"/> 申請する。→右②、③も記載してください。	<input type="checkbox"/> 登録者証も交付を希望する。	<input type="checkbox"/> 希望する。
<input type="checkbox"/> 申請しない。		
<input type="checkbox"/> 発行済み。 （発行自治体： ）	<input type="checkbox"/> 登録者証の交付は希望しない（登録者証の交付申請を取り下げる。）	<input type="checkbox"/> 希望しない。 （書面での登録者証利用を継続）

＜臨床調査個人票の研究等の利用についての同意について＞

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

受診者署名： _____

※ 受診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、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

年度(年所得分)の市町村民税が、251,000円以上であり、自己負担上限額が最高階層となることを了承し、「市町村民税課税証明書」、本人以外の住民票及び健康保険証（写し）を提出しません。

氏名 _____

私は、上記のとおり、特定医療費の支給（登録者証の発行）を申請します。

京都府知事 様
年 月 日

申請者（保護者）氏名 _____

支給開始日について

※1 原則として「臨床調査個人票の『診断年月日』」又は「軽症高額の基準を満たした日の翌日」のいずれか早い日を記載してください（いずれか早い日まで遡って医療費助成を受けることができます）。ただし、申請日から遡る期間が1か月（やむを得ない理由により申請できなかった場合は3か月）を超える場合は、申請日から1か月前（3か月前）の同じ日が医療費助成の開始日となります。

※2 複数の疾病について同時に申請される場合は、疾病ごとに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

※3 受給者証は登録者証としての機能を内包するため、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。また、医療費の支給を受けるためには、受給者証が必要です。登録者証の交付認定のみでは、医療費の支給を受けることができません。

※4 京都府が発行する登録者証については、今後マイナンバーを用いた情報連携を予定しております。情報連携開始後は、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ります。「希望する。」と回答いただいた場合、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等の利用時に、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。