|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号  ※太枠内のみ記入  （表面） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定医療費（指定難病）支給認定申請書 （ 新規 ・ 更新 ）  ※新規、更新のいずれかに○を付すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受  診  者 | 受給者番号（※更新申請時のみ記入） | | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | 年  齢 | 歳 | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | | 〒 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険  □生活保護  受給者  □加入あり  　（右欄も記入）  □加入なし  （該当する場合レ印） | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | | | | |  | |
| 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 種 別 | | | | | | □協管本人　 　□共済本人　 　□国保一般  □協管家族　 　□共済家族　 　□国保退職  □健組本人　 　□船員保険　 　□国保組合  □健組家族　 　　　　　　　　□後期高齢 | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者証の  記号・番号 | | | | | | | |  | |
| 被保険者証  発行機関名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指 定 難 病  （該当するものにレ印） | | | | 病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 軽症高額該当 | | | | | | | | | 申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する  月ごとの医療費総額が、33,330円を超える月が３回以上あった。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額  （該当するものにレ印） | | | | □ | | 人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 高額かつ長期 | | | | | | | | | 申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する  月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が６回以上あった。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている  又は申請中である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内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 | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | （難病・小慢） |
| 氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | （難病・小慢） |
| 氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 支給開始の遡り  （該当するものにレ印） | | | | □　希望する　　　□　希望しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  (診断年月日または軽症高額の基準を満たした日の翌日) | | | | 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】  □臨床調査個人票の受領に時間を要したため  □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  □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  □その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床調査個人票を作成した医療機関  記載の医療機関以外でも指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。 | | | | | | | | | 医 療 機 関 名 | | | | | | | | | | | | | | | | 所 在 地 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　愛媛県知事　様  居　住　地  申　請　者  氏　　　名  （受診者との続柄　　　　　　　）  電話番号  ※居住地と電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入  ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔保健所記入欄〕 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | ≪裏面に続く≫ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）  ※受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 〔保健所記入欄〕 | | | | | | | |
| 世帯員氏名（フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | | | | | | 市町村民税（所得割）  課税年額又は収入金額 | | | | | | | |
| （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| （　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ※医療保険の世帯（同じ医療保険に加入している者）全員、市町村民税が非課税の場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 本人年収（受診者が18歳未満の場合にあってはその保護者）が80万円超 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 本人年収（受診者が18歳未満の場合にあってはその保護者）が80万円以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ 障害年金あり　　□ 遺族年金あり　　□ 特別障害者手当あり　　□特別児童扶養手当あり  □ その他収入あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□ その他収入なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [保健所記入欄] | | | 合　　計 | | | | | | | | |  | | | | | | | | 階層区分 | | | | | | | | | | |  | | | |

（裏面）

※太枠内のみ記入

＊申請時点での状況について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 1. あり（等級　　　級）　　　　　2. なし | |
| 介護認定 | 1. 要介護（要介護度　 　）　　　2. 要支援　　　　3. なし | |
| 生活状況 | 社会活動 | 1. 就労　　2. 就学　　3. 家事労働　　4. 在宅療養　　5. 入院　　6. 入所  7. その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常生活 | 1. 正常　　　　　　　　　2.やや不自由であるが独力で可能  3. 制限があり部分介助　　4.全面介助 |

＊送付先について（いずれか１つの□の中にレ印を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　受診者本人　　　　□　申請者　　　　□　その他（下記に記載） を希望する。 | | |
| 氏　　　名 | 受診者との続柄 | 住　　所（受診者と同居の場合は省略可） |
|  |  | 〒 |

＊問合せ先について（いずれか１つの□の中にレ印を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　受診者本人　　　　□　申請者　　　　□　その他（下記に記載） を希望する。 | | |
| 氏　　名（フ リ ガ ナ） | 受診者との続柄 | 電　話　番　号 |
| （　　　　　　　　） |  |  |

≪備考≫

|  |
| --- |
|  |