

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 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>											
	フリガナ											
	氏名	年齢	歳	生年月日 年 月 日								
	居住地	〒							電話番号			
	加入医療保険 受給者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 加入あり <small>(右欄も記入)</small> <input type="checkbox"/> 加入なし <small>(該当する場合レ印)</small>	フリガナ	被保険者氏名		受診者との続柄							
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協管本人 <input type="checkbox"/> 共済本人 <input type="checkbox"/> 国保一般 <input type="checkbox"/> 協管家族 <input type="checkbox"/> 共済家族 <input type="checkbox"/> 国保退職 <input type="checkbox"/> 健組本人 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健組家族 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/>			被保険者証の 記号・番号							
	被保険者証 発行機関名											
指定難病 <small>(該当するものにレ印)</small>	病名：											
	<input type="checkbox"/> 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 <small>(該当するものにレ印)</small>	<input type="checkbox"/> 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。											
	<input type="checkbox"/> 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。											
	<input type="checkbox"/> 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。											
	<input type="checkbox"/>		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 <small>(該当するものにレ印)</small>	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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 <small>(診断年月日または軽症高額の基準を満たした日の翌日)</small>	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 ()										
臨床調査個人票を作成した医療機関 <small>(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。)</small>	医療機関名				所在地							
愛媛県知事 様 _____ 年 月 日 申請者 居住地 _____ 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》	

(裏面)

※太枠内のみ記入

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 障害年金あり <input type="checkbox"/> 遺族年金あり <input type="checkbox"/> 特別障害者手当あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当あり <input type="checkbox"/> その他収入あり () <input type="checkbox"/> その他収入なし		
[保健所記入欄]	合 計	階層区分

* 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。)

<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 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。)

<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 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》

--