

別紙様式第 1 号

新規・更新・変更申請共用

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更） (※1)									
受診者	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名							年 月 日	
	個人番号								
	フリガナ			電話					
	住所								
加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄					
	保険種別			被保険者証の記号・番号					
	被保険者証発行機関名								
	所在地								
申請者	フリガナ			受診者との関係					
	氏名								
	個人番号								
	フリガナ			電話番号(※2)					
	住所(※2)								
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(高額難病治療継続者)				
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当							
今回申請する受診者と同じ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				有(氏名)) ・ 無					
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関名			所在地					
受給者番号(※3)									
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(※4)							
年 月 日									
〇〇〇〇都道府県知事 殿									

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 更新または変更の方のみ記入。
 ※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

