

千葉県特定医療費(指定難病)支給認定申請書

(新規 更新 変更(疾病追加・疾病変更・高額かつ長期・人工呼吸器・その他) 転入)

千葉県知事様

私は、本申請書に記載のとおり特定医療費の支給を申請します。
また、当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

記入日	令和 年 月 日
申請者名 (受診者名)	(必ず申請者名を記入してください)

受給者番号7桁 (更新・変更の場合のみ記入)		受給者証有効期限 (新規は記入不要)		～	令和	年	月	日
受診者	カナ			年齢	生年月日			
	氏名			歳	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	〒	-	千葉県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	固定	-	-
	旧住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	※旧住所欄は、申請年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合のみ記入		電話番号	携帯 (本人)	-
保護者 (受診者が18歳未満)又は法定代理人	カナ			受診者との続柄	固定	-	-	
	氏名			<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 その他()	電話番号	携帯	-	-
	<input type="checkbox"/> 同上(チェックして記入省略)※住所欄のみ記入省略できます。				旧住所		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	※旧住所欄は、申請年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合のみ記入
受診者が加入している医療保険	保険者名 (加入先)			被保険者氏名				
	記号・番号 (被保険者番号)							
自己負担上限額の特例等 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者等(※2)					
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※3)		<input type="checkbox"/> 軽症高額特例(※4)					
市町村民税が非課税の世帯(※5)の方は、下記を記入(該当するものにチェック)してください。 (階層区分は、申請者(保護者がいる場合は保護者を含む)の合計所得金額・公的年金等の収入・障害手当等の給付の合計金額により決定します。)								
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(基準額2,500円)又は低所得Ⅱ(基準額5,000円)に決定】							
	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ(基準額5,000円)に決定】							
DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄に記入してください。(記入された情報は、上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。)						<input type="checkbox"/> 希望する		
臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、右欄に記入をお願いします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。	厚生労働大臣様 私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。 令和 年 月 日 受診者氏名 申請者氏名 ※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に替わって申請者が同意する場合は、申請者氏名も記名してください。							

※裏面も必ず御記入ください。

＜留意事項＞

- ※1 受診者と異なる場合に記入してください。
※2 「生活保護受給証明書」又は「境界層該当証明書」を提出してください。
※3 特定医療費の受給者のうち、一般所得Ⅰ以上の方で、月ごとの医療費総額について5万円を超える月が年間6回以上ある場合に自己負担上限額が軽減されます。
※4 認定基準のうち重症度が不足している場合でも、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3月分ある場合は医療費助成の対象となります。ただし、発症日と診断された以降の医療費が対象で、かつ申請日以前の過去1年以内の医療費が対象となります。
※5 加入する保険が国保・国保組合・後期高齢の場合、加入する世帯全員の市町村民税(所得割額・均等割額)が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者と受診者の市町村民税(所得割額・均等割額)が0円の場合に非課税扱いとなります。

支給認定基準世帯員 記入欄

○国保・後期高齢・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。

○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者

②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者(対象者がいる場合のみ)

を記入してください。なお、受診者については記入不要です。

カナ	氏名	続柄 (注1)	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記入)				難病 小慢 認定有無 (注2)	自己負担上限額 (注3)
				旧住所(市区町村まで) (申請する年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に記入)					
カナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	住	〒	千葉県	<input type="checkbox"/> 無し	自己負担上限額
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	月	所			<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 令和	日	旧	〒		<input type="checkbox"/> 小慢	
カナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	住	〒	千葉県	<input type="checkbox"/> 無し	自己負担上限額
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	月	所			<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 令和	日	旧	〒		<input type="checkbox"/> 小慢	
カナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	住	〒	千葉県	<input type="checkbox"/> 無し	自己負担上限額
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	月	所			<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 令和	日	旧	〒		<input type="checkbox"/> 小慢	
カナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	住	〒	千葉県	<input type="checkbox"/> 無し	自己負担上限額
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	月	所			<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 令和	日	旧	〒		<input type="checkbox"/> 小慢	
カナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	住	〒	千葉県	<input type="checkbox"/> 無し	自己負担上限額
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	月	所			<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 令和	日	旧	〒		<input type="checkbox"/> 小慢	

(注1)「続柄」は受診者からみたものを記入してください。(注2)「難病小慢認定有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
(注3)「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。(注4)「受給者番号」について、新規申請の場合は、申請日を記入してください。

今回申請する病名 <small>(添付した臨床調査個人票の病名を記入して下さい)</small>										
受給歴 <small>(該当する場合のみチェック)</small>		<input type="checkbox"/> 今回申請する病名について、これまでに千葉県又は千葉県以外の都道府県・指定都市において、特定疾患治療研究事業の医療費又は特定医療費の支給を受けていたことがあります。								
受診を希望する指定医療機関 (薬局・訪問看護事業者等含む) ※ここに記入のない医療機関であっても、全国の指定医療機関で受給者証を利用することができます。 ※右欄に書ききれない場合、空白部分又は別紙(自由様式)に必要事項を記入してください。		指定医療機関 名称				指定医療機関 所在地				
郵 送 先	認定の結果等については、原則として表面に記載された受診者の住所に郵送しますが、別に指定する場合は下記に記入してください。									
	カナ				受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母				
	氏名					<input type="checkbox"/> その他 ()				
住所	〒					<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	電話 番号	固定	-	-
			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村					携帯	-	-

○千葉県難病相談事業等の一環として、受診者さんの療養状況把握のため、下記のアンケートにも御協力ください。
(該当するものにはチェックをつけてください。)※アンケートの回答の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

①療養の状況	<input type="checkbox"/> 在宅(通院) <input type="checkbox"/> 在宅(訪問診療) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()
②医療機器等の使用状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器※ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 ()
③身体等の状況	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 () 級 <input type="checkbox"/> 無 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 要介護度 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 該当なし
④サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()

※このアンケートで対象となる人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、断続的に使用する場合も含まれます。