

重症〔無・有〕
階層区分()
一般・高額かつ長期・人工呼吸器

【記入例】指定難病の医療給付に係る支給認定申請書

平成〇〇年 10月 1日

(宛先)

埼玉県知事

【申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）が自署又は記名押印】

氏名	埼玉 太郎	印	患者との続柄	父
----	-------	---	--------	---

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、個人情報等に係る同意事項（裏面）に同意した上で、支給認定を受けたいので申請します。

1 患者、保護者及び送付先に関する事項

公費負担者番号※	5	4	1	1
居住地	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1			
フリガナ	サイタマ ハナコ	性別	女	
氏名	埼玉 花子	生年月日 (元号に○をつけて記入)	明治 大正 昭和 平成 20年4月1日	
電話番号	048-830-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入			
加入健康保険	フリガナ	サイタマ ハナコ	患者との続柄	本人
	被保険者氏名	埼玉 花子	記号・番号	■■ 12345
	保険者名称	さいたま市 (国民健康保険)		

2 指定難病に関する事項 (申請する難病名及び支給認定を受けている難病名を全て記入してください。)

居住地	〒330-0061 さいたま市浦和区常盤6-4-4			
フリガナ	サイタマ タロウ	患者との続柄	父	
氏名	埼玉 太郎	「保護者に関する事項」は、保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)が申請する場合のみ記入してください。		
電話番号	048-830-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入			
居住地	〒330-8518 さいたま市浦和区高砂3-1-4			
フリガナ	サイタマ コロ	患者との続柄	母	
氏名	埼玉 彩子	「送付先に関する事項」は、申請者の居住地以外に医療受給者証等の書類送付を希望する場合のみ記入してください。		
電話番号	048-830-XXXX ※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入			

※現に支給認定を受けている方以外は、公費負担者番号及び受給者番号の項目は記入しないでください。

指定難病の名称	1	潰瘍性大腸炎 ← 申請する病名を記入	特例事項	人工呼吸器等を使用している。
	2	パーキンソン病 ※既に支給認定を受けている病名も記入		高額難病治療継続者である。(継続認定された方のみ対象)
	3	「特例事項」に該当する者として申請する場合は、別途、医師や医療機関による証明書等を提出する必要があります。		軽症者特例に該当する。
	4	詳細は保健所窓口にてお問い合わせください。		重症患者認定(経過措置対象者のみ)に該当する。

3 支給認定基準世帯員等に関する事項 支給認定基準世帯員欄には患者と同じ健康保険に加入する方を全員を記入してください。

患者氏名	埼玉 花子			保護者氏名 (保護者が申請する場合)	埼玉 太郎 ※患者本人が申請する場合は記入不要	
支給認定基準世帯員等(申請者及び患者と同じ健康保険に加入する者に関する事項)	患者と同じ健康保険に加入する方の氏名	生年月日 (元号に○をつけて記入)	患者との続柄	75歳以上で埼玉県後期高齢者医療広域連合に加入。他の家族が加入するさいたま市(国民健康保険)とは異なるため記入不要。		
	埼玉 太郎	明治 大正 昭和 平成 45年4月15日	父	埼玉 太郎兵衛	明治 大正 昭和 平成 13年12月31日	祖父
	埼玉 彩子	明治 大正 昭和 平成 50年6月30日	母	「保護者氏名欄」は、保護者が申請を行う場合は健康保険の種別に関係なく記入してください。 「支給認定基準世帯員欄」は、患者と同じ健康保険に加入する方を全員記入してください。 枠内に記載する方に対して課税される市町村民税(所得割)額をもとに自己負担上限月額の算定を行います。		
	埼玉 一郎	明治 大正 昭和 平成 15年9月9日	兄			
	埼玉 次郎	明治 大正 昭和 平成 23年11月25日	弟			
患者と同じ健康保険に加入する方(上記太枠内の患者以外の方)が、指定難病若しくは小児慢性特定疾病の患者に該当する場合、又は支給認定申請中である場合に記入してください。(申請中の場合は、受給者番号欄には「申請中」と記入してください。)						
種別(○を付けてください)		氏名		受給者番号		
指定難病 ・ 小児慢性特定疾病		埼玉 一郎		●●●●●●		
指定難病 ・ 小児慢性特定疾病		上記太枠内の患者以外の方(保護者・支給認定基準世帯員)を記入してください。				

4 指定医療機関に関する事項 受診を希望する医療機関、薬局、指定訪問看護事業所等を記入してください。

名称	埼玉県庁病院	名称	埼玉県庁薬局
所在地	〒330-●●●● さいたま市浦和区高砂●-●-●	所在地	〒330-●●●● さいたま市浦和区高砂●-●-●
名称	受診を希望する医療機関、薬局、指定訪問看護事業所等を記入してください。 複数の医療機関を受診されている場合は、かかりつけの医療機関のみ記入してください。(全ての医療機関を記入する必要はありません。)		
所在地	難病法に基づき都道府県知事が指定する医療機関であれば、ここに記入していない医療機関であっても受診できます。		

5 個人情報等に係る同意事項

本申請(申請書、診断書その他の添付書類)に基づく個人情報及び調査結果等を

- 治療研究基礎資料として厚生労働省及び埼玉県に提供すること
- 他の都道府県に転居する場合に転居先都道府県に引き継ぐこと
- 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用すること
- 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療給付に関する事項の照会を行い回答を得ることに同意します。

※ 本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に関する目的以外に使用することはありません。