

階層（生・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位）  
 軽症者特例・一般・高額・人工呼吸器等・按分

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書（該当するものに必ずチェック）

新規     更新     転入

令和    年    月    日

埼玉県知事 殿  
 個人情報等に係る同意事項(裏面)に同意した上で、  
 下記のとおり支給認定を受けたいので申請します。

申請者名 (患者が18歳未満の 場合は保護者名)	埼玉 太郎	患者との 続柄	父
--------------------------------	-------	------------	---

1-1 患者に関する事項 ※現に支給認定を

公費負担者番号※	5	4	1	1	※原則として、申請者は①患者本人 ②保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)に限られます。 なお、申請書の提出のみであれば、提出する方はどなたでもかまいません。
居住地	〒〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 埼玉県〇〇市△△町1-2-3				
フリガナ	サイタマ ハナコ		生年月日	明治 大正 昭和 (平成) 令和	20 年 4 月 1 日
氏名	埼玉 花子				
電話番号	①	XXX (XXX) XXX	②	※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		※枝番がある場合は、枝番も含めて記入。	
	保険者名称	〇〇市(国民健康保険)		記号・番号 (後期高齢者 医療被保険者 の場合は被保 険者番号)	■■ 12345 00

1-2 保護者に関する事項 (患者が18歳未満であり、保護者が申請する場合のみ記入)

居住地	〒 埼玉県	※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。	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同居の場合、チェックしていただければ居住地の記載を省略できます。
フリガナ	サイタマ タロウ		
氏名	埼玉 太郎	患者との続柄	父
電話番号	① XXX (XXX) XXX	② ( )	

1-3 送付先に関する事項 (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)

居住地	〒	※申請者の居住地と、書類の送付先が異なる場合のみ記入。	患者との続柄	
フリガナ				
氏名				
電話番号	① ( )	② ( )		

2 指定難病に関する事項

病名 (複数ある場合は 全て記入)	1	潰瘍性大腸炎	※「特例事項」に該当する場合、別途、事実関係を確認できる書類を提出する必要があります。 例) 軽症者特例に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 医療費申告書及び領収書
	2	パーキンソン病	
特例事項 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。		<input checked="" type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。		
受診を希望する 指定医療機関※	名称	記載不要(各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関で受診できます。)	
	所在地		

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」と記載されます。裏面も必ずご確認ください。

3 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）等に関する事項

・患者と同じ健康保険に加入する方全員を太枠内に記入し  
 ・指定難病・小児慢性の支給認定状況欄には、指定難病  
 に該当する場合、又は支給認定の申請中である場合の

※患者本人が小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）である場合、必要事項を記入してください。（9頁「●その他」も参照）

フリガナ 氏名	生年月日	患者との続柄	指定難病・小児慢性の 支給認定状況 (○を付けた場合は右欄も記入)	受給者番号 (申請中の場合は 「申請中」と記入)
<b>患者本人</b>		<b>本人</b>	小児慢性	●●●●△△△
サイタマ タロウ 埼玉 太郎	明・大・昭・平・令 45年4月15日	父	指定難病・小児慢性	※「申請中」の場合は、 受給者番号は記入不要  ●●●●●●●●
サイタマ アヤコ 埼玉 彩子	明・大・昭・平・令 50年6月30日	母	指定難病・小児慢性	
サイタマ イチロウ 埼玉 一郎	明・大・昭・平・令 18年9月9日	兄	指定難	※太枠内には、患者と同じ健康保険に加入する 方全員記入してください。
	明・大・昭・平・令 年 月 日		指定難	※申請者本人と異なる医療保険加入者は原則 記載不要です。

(注) 太枠内の方（被用者保険の場合は被保険者のみ）の市町村民税（所得割）額の合計が251,000円以上である場合などで、自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを申請者が承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。ただし、被用者保険に加入かつ被保険者の市町村民税非課税の方及び国民健康保険組合の方は省略できません。

自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを承諾し、  
 市町村民税（所得割）額等を証明する書類は提出しません。 申請者氏名 \_\_\_\_\_

※条件に該当する方のみ、課税証明書の添付を省略することができます。

(注)をよく読んで、自己負担上限月額が最高額(30,000円)になることを承諾される場合のみご記名ください。

4 指定難病医療給付の開始時期に関する事項 ※新規で申請される方のみ記入

医療費助成の開始日として希望する年月日  
**令和5年 10月 1日**

※希望する年月日には、臨床調査個人票の診断年月日等を必ず記入してください。

※令和5年10月1日より前には遡れません。

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となっている場合は、必ず下記にチェックをしてください。

(希望する日が申請日から1か月以上前となっている場合は、必ず下記にチェックをしてください。)

- ①臨床調査個人票の受領に時間を要したため
- ②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
- ③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
- ④その他

※ 申請日からの遡りの期間は、診断日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断日から1月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

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

1. 他の都道府県又は指定都市に転居する場合に転居先の都道府県又は指定都市に引き継ぐこと
2. 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
3. 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しません。

6 臨床調査個人票の研究利用に関する事項（臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。）

私は、提出した臨床調査個人票が、指定難病に係る研究等のための基礎資料に利用されることについて、厚生労働大臣に対して

同意する 同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

○下記のアンケートに御協力ください。該当するものにチェックをつけてください。なお、回答は任意です。

(回答いただいたアンケートの情報は、難病相談支援事業に使用します。難病対策に関する目的以外には使用しません。)

①療養の状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 自宅療養【通院】 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所
	主な通院・入院先医療機関：
②医療機器等の 使用状況	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 人工呼吸器※1 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引器 <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"/> 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	障害手帳【身体】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[    級]    【療育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[等級:    ]    【精神】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[    級]
	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中    要支援( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)    要介護( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)
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"/> その他(        )
⑤講演会等の案内※2	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※1 人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、一時的に使用する場合も含まれます。

※2 保健所から必要に応じ、難病に関する講演会等（オンライン含む）のご案内を行っております。