

【1】申請書の記入例

指定難病の医療給付

申請者名（患者本人もしくは保護者（患者本人が18歳未満は親権者など）・続柄を記入してください。

申請書には住所・氏名などがあらかじめ印字されています。印字内容に間違いがないかご確認ください。

同意した上で、申請します。

（患者が18歳未満の場合は保護者名）

埼玉 花子

患者との続柄

本人

1-1 患者に関する事項 ※現に支給認定を受けている方のみ公費負担番号と受給者番号を記入

公費負担者番号※	5	4	1	1				
住所	〒 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇 1-2							
フリガナ	サイタマ ハナコ							
氏名	埼玉 花子							
電話番号	① ()							
加入健康保険	フリガナ	サイタマ タロウ						
	被保険者氏名	埼玉 太郎						
	保険者名称	まるまる健康保険組合						

住所に変更がある場合は二重線で修正してください。（1-3「送付先に関する事項」も同じ）

申請書の印字内容に変更がある場合は、お住まいの市町村を管轄する保健所に提出してください。

日中連絡の取れる携帯電話番号を記入してください（携帯がない場合は固定電話でも構いません。）

健康保険に変更がある場合は二重線で修正し、8頁記載の必要書類の提出をお願いします。

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	〒	患者と同居 <input type="checkbox"/>
フリガナ	患者が未成年者の場合、保護者の居住地を記入してください。	
氏名	保護者と患者が同居であれば同居欄に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	
電話番号	① ()	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	〒
フリガナ	
氏名	
電話番号	① ()

住所と異なる所在地に書類の送付を希望する場合は、こちらに記入し管轄する保健所に提出してください。

印字されている病名と提出される臨床調査個人票の疾患名が同じであることをご確認ください。印字されている疾患を申請しない場合は、当該疾患に二重線を記載してください。疾患を変更する場合や疾患を追加する場合は修正・追記し、【8】「変更申請書」と併せて、お住まいの市町村を管轄する保健所へ提出してください。

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
	2	
特例事項 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/>	①人工呼吸器等を使用している。
	<input type="checkbox"/>	③高額難病治療継続者である。
受診する指定医療機関※	名称所在地	記載不要（各都道府県及び政令指定都市が指定する指定医療機関）

①～③に該当する場合にチェックしてください。

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市が指定する指定医療機関」と記載されます。

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てください。

患者様と住民票上同一世帯かつ同一健康保険に加入している方を記入してください。
※被用者保険に加入されている方は、同一の健康保険加入者を記入。

指定難病もしくは小児慢性の医療給付に係る支給認定の申請中である場合のみ○を付けてください。

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)
患者 サイタマ タロウ	明・大(昭)平・令	
埼玉 太郎	59年 2月 2日	
サイタマ アヤコ	明・大・昭(平)令	
埼玉 彩子	20年 7月 7日	1 2 3 4 5 6 7
	明・大・昭・平・令	
	年 月 日	
	明・大・昭・平・令	
	年 月 日	

左表に、指定難病又は小児慢性の受給者がいる場合は記入してください。

こちらに記名した場合、難病医療費に係る自己負担上限月額が3万円となります。

(注) 太枠内の方(被用者保険の場合は被保険者のみ)の以上である場合などで、自己負担上限月額が最高額()の場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。

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

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

年 月 日

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理由

(希望する日が申請日から1か月以上前である場合は、理由を記入してください。)

- 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。

この欄は記入不要です。

5 指定難病登録者証に係る事項

指定難病登録者証について、

- 申請する
- 申請しない
- 申請済(発行自治体名)

指定難病登録者証の紙での発行について、
 マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する場合は、別途お住まい住所地の市町村を管轄する保健所で手続きが必要になります。

※障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービス受給者情報を確認することがあります。

この項目にチェック(✓)が入っている場合は、既に申請いただいておりますので記載不要です。

※登録者証を交付済みの方で、紙での登録者証の発行を希望する場合は、別途お住まい住所地の市町村を管轄する保健所で手続きが必要になります。

6 個人情報等に係る同意事項 ※ 本申請により得られた個人情報

本申請(申請書、臨床調査個人票その他の添付書類)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。

7 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、指定難病の医療費助成の申請（登録者証の申請）に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創業の研究開発等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、「継続申請のお知らせ」6頁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（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活用しません。）

6頁の説明を読んだ上で、いずれかにチェックしてください。

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

市町村民税非課税者で収入状況申告書に記入がない場合、低所得Ⅱ（自己負担上限月額：5,000円）になります。

合も含まます。
御案内を行っております。

市町村民税非課税者に係る収入状況申告書

市町村民税非課税（世帯）の方は必ず下記の記入をしてください。

次のとおり、収入状況に係る事項を申告します。

1 下表のうち、申請者が受給している年金等について、該当するものにチェック☑してください。

	年金・手 (令和7年1月～令和7年12月)
<input type="checkbox"/>	① 遺族年金
該当者はいずれかに☑ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	② 障害年金
<input type="checkbox"/>	③ 寡婦年金
<input type="checkbox"/>	④ 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/>	⑤ 特別障害者手当
<input type="checkbox"/>	⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）
<input type="checkbox"/>	⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付
<input checked="" type="checkbox"/>	①～⑦のいずれにも該当せず、そのほかの収入もない ←

該当がない場合には、「①～⑦のいずれにも該当しない」のチェックを忘れずに付けてください。

①～⑦のいずれにも該当せず、この項目にチェックがない場合は、低所得Ⅱ（上限月額5,000円）となります。

2 提出する書類(①～⑦にチェックした方のみ)

受給額が確認できる書類を提出してください。

該当の金額が分かるようしるしをつけてください。

例) 遺族年金等の振込通知書（コピー）、振込額がわかる通帳のコピー等

下記に承諾☑した場合、上記書類の提出は不要です。

自己負担上限月額が低所得Ⅱ（5,000円）になることを承諾し、上記書類を提出しません。

①～⑦にチェックが付いた方で、受給額がわかる書類の提出がない場合は、低所得Ⅱ（自己負担上限月額：5,000円）となります。

(参考)

- ・ 公的年金収入等と①～⑦の合計が82.65万円以下の場合の自己負担上限月額 ⇒ 低所得Ⅰ（上限月額2,500円）
 - ・ 公的年金収入等と①～⑦の合計が82.65万円を超える場合の自己負担上限月額
 - ・ ①～⑦の受給額が確認できる書類の提出がない場合の自己負担上限月額
- 低所得Ⅱ（上限月額5,000円）