

受給者番号  
(※1)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）（※2）

受診者	フリガナ					生年月日	年齢
	氏名					年 月 日	歳
	個人番号					電話	(自宅) (携帯)
	住所	〒 三重県					
加入医療保険	被保険者証発行機関名					保険種別	1国保 2国組 3高齢 4被用者(本人) 5被用者(家族) 6生保 7その他 ( )
	被保険者証の記号・番号						
	フリガナ						
	被保険者氏名 (本人以外の場合に記入)						
(※3) 保護者	フリガナ					受診者との関係	□父 □母 □その他 ( )
	氏名						
	個人番号					電話	(自宅) (携帯)
	住所 (※4)						

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"/>	軽症者特例	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
--------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	--------

受診を希望する指定医療機関 (※5)	名称	所在地

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 年 月 日	受付欄
申請者（受診者）氏名 (※6) 三重県知事 あて	

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、以下に署名をお願いします。

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。 年 月 日
申請者（受診者）氏名 (※6) 厚生労働大臣 あて

※1 更新・変更の方のみ記入をしてください。 ※2 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。  
 ※3 受診者が18歳未満の場合に記入をしてください。 ※4 受診者本人と異なる場合に記入をしてください。  
 ※5 指定医療機関は各県等のホームページでご確認いただくか、各保健所または医療機関へお尋ねください。  
 ※6 申請者氏名は、受診者本人か保護者（受診者が18歳未満の場合）の氏名を記入をしてください。

裏面も記載してください

(裏面)

○世帯調書 (受診者本人も記載してください。)

住民票上の世帯全員について記載してください。住民票が別でも、受診者と同じ医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も記入してください。

※7 個人番号は、患者本人と同じ医療保険に加入している被保険者の方のみ記入してください。

※8 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより課税証明書を省略できる方を含む)です。

※9 記入する住所所在地…新規申請：1月から6月の申請—前年の1月1日在住の市区町村  
7月から12月の申請—当年の1月1日在住の市区町村  
更新申請：当年の1月1日在住の市区町村

Table with columns: 世帯員氏名, 個人番号, 受診者との続柄, 年齢, 医療保険の種別, 市町村民税の申告, 受給資格の有無, 1月1日現在の住所所在地, 保健所使用欄 課税年額. Includes summary rows for 合計課税年額 and 決定階層.

○非課税収入申告書

受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者のうち最も収入が多い方)の収入金額について記入してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入(例)老齢年金、恩給)については記入する必要はありません。

Table for non-taxable income reporting with columns: 下記の収入の有無, 有(以下、該当するものに○印を付してください)・無, 収入金額. Rows include 年金, 手当金, and その他.

※10 記入する収入金額…新規申請：1月から6月の申請—前々年(1月から12月まで)の収入金額  
7月から12月の申請—前年(1月から12月まで)の収入金額  
更新申請：前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

Form for alternate address: 住所, 氏名, 電話番号. Includes a field for 受診者との続柄.

Table for confirmation methods: 保健所使用欄, 本人確認方法. Lists various identification methods like 本人, 代理人, 個人番号カード, etc.