

<input type="checkbox"/> 情報連携する (※1)	<input type="checkbox"/> 情報連携しない	受給者番号 (※2)					
---	----------------------------------	---------------	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）（※3）								
受診者	フリガナ						生年月日	年齢
	氏名						年 月 日	歳
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ					電話	(自宅) (携帯)	
	住所	〒 三重県						
	加入医療保険 <input type="checkbox"/> 前回申請時と同じ	保険者名				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)							
(※4) 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 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ				電話	(自宅) (携帯)		
	住所 (※5)							
病名								
自己負担上限月額の特例(該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>	<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(※6)	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者等							
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の記載医療機関と同じ	名称			所在地				
診断年月日	年 月 日	【左記のいずれかの日が申請日から1か月以上前の年月日の場合、その理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( )						
軽症者特例の基準を満たした日の翌日	年 月 日							
登録者(証)情報(※7)	<input type="checkbox"/> 連携する	<input type="checkbox"/> 連携しない	<input type="checkbox"/> 連携(発行)済(自治体名: )	<input type="checkbox"/> 前回申請時と同じ				
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。また、申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。 年 月 日						受付欄		
申請者(受診者)氏名 (※8) 三重県知事  あて								

臨床調査個人票の研究等への利用に同意の方は、別添「研究利用に関するご説明」を確認のうえ、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 (※8) 厚生労働大臣  あて

- ※1 該当者全員の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる資料を省略できます。
- ※2 更新・変更の方のみ記入をしてください。
- ※3 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。
- ※4 受診者が18歳未満の場合に記入をしてください。
- ※5 受診者本人と異なる場合に記入をしてください。
- ※6 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。
- ※7 「連携する」をチェックした場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者(証)情報を確認することができます。
- ※8 申請者(受診者)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。)

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する者) について記載してください。

※9 個人番号は、世帯調書に記載する方全員を記入してください。

※10 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市町村民税所得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市町村民税所得課税証明書を省略できる方を含む) です。

※11 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

支給認定基準世帯員氏名 個人番号 (※9)	受診者との 続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告 (※10)	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地(※11) (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無		有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額								
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。

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 (※12)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、法改正前の各法律に基づく障害年金	年額 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 円

※12 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。

〒

住 所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

保健所使用欄	
<個人番号確認> 来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認 (申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認 (来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	確認者 _____
<医療保険の加入確認> <input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格確認書	