

支給認定申請書の記入例

指定難病の医療給付に係る支給認定及び指定難病登録者証の

申請者名・続柄を記入してください。

お送りする申請書には住所・氏名などがあらかじめ印字されています。印字された内容に間違いがないか確認してください。

※ 申請者名・続柄欄は空欄になっています。必ず記入してください。

更新 転入

申請者名 <small>患者が18歳未満場合は保護者名</small>	埼玉 花子	患者との続柄	本人
--	-------	--------	----

1-1 患者に関する事項 ※既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 1-2-3							
生年月日			年	月	日			

住所に変更がある場合は二重線で修正してください。変更がない場合は記入の必要はありません。(1-3「送付先に関する事項」まで同じ)

受給者証の記載内容に変更がある場合は、お住まいを管轄する保健所に提出してください。

加入健康保険	フリガナ	サイタマダロウ
	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

お手持ちの健康保険証をご確認の上、加入されている健康保険に変更がある場合は二重線で修正してください。また、資料番号【4】「健康保険証変更届兼同意書」の作成もお願いします。

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		
氏名		
電話番号	① ()	

患者が未成年者の場合、保護者の居住地を記入。保護者と患者が同居であれば同居欄に

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 ()	

1-1と異なる所在地に書類の送付を希望する場合は、こちらにも記入してください。

2 指定難病に関する事項

病名 <small>(複数ある場合は全て記入)</small>	1	潰瘍性大腸炎
	2	
特例事項 <small>(該当する場合のみチェック)</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	①人工呼吸器等を使用している。
	<input checked="" type="checkbox"/>	③高額難病治療継続者である。

事前に印字されている疾患名と提出される臨床調査個人票の疾患名が同じことを確認してください。疾患を変更する場合は二重線で修正、疾患を追加する場合は空欄に追記し、資料番号【5】「変更申請書」を作成の上、臨床調査個人票と併せて保健所へ提出してください。

①~③のうち、該当する項目があれば「○」を記入してください。
②軽症者特例及び③高額難病治療継続者については、資料番号【3】「管理票等写し提出用紙」を作成の上、自己負担上限月額管理票のコピーを添付してください。

※受給者証には「各都道

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（いわゆる社保）に加入されている方は、同一の健康保険加入者を記入。

左表に、指定難病又は小児慢性の受給者又は新規申請中の方がいる場合に記入してください。患者様本人が指定難病のほか、小児慢性受給者の場合もこちらに記入してください。

患者名	生年月日	健康保険種別	患者と の続柄	指定難病 等の申請	備考
サイタマ タロウ	明・大(昭)平・令				
埼玉 太郎	59年 2月 2日			指定難病 ・ 小児慢性	
サイタマ アヤコ	明・大・昭(平) 令			指定難病 ・ (小児慢性)	1 2 3 4 5 6 7
埼玉 彩子	20年 7月 7日			指定難病 ・ 小児慢性	
	明・大・昭・平・令			指定難病	

支給認定基準世帯員の欄に事前印字はありません。患者と同じ健康保険に加入する方が同じ世帯にいる場合は、必ず記入してください。

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）の市町村税額が最高額（30,000円）を超える場合は、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でない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

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

この欄は記入不要です。

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となる場合は、希望する日が申請日から1か月以上前となることを証明してください。）

- 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 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、紙での発行が困難な理由： 登録者証については県ホームページをご参照ください。

※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情報を確認することがあります。

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等は、下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。

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

○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。

(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使用することはありません。)

いずれかにチェックをしてください。

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 <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（ ）

市町村民税非課税者でこちらの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。

ない
時的に使用する場合も含まます。
ンライン含む）の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。

<input checked="" type="checkbox"/>	年金・手当金等 (令和5年1月～令和5年12月の期間内で受給していたもの)
<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のいずれにも該当しない

①～⑦
この
（上限月
該当しない場合には、「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。

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。

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。

(参考)

・ 公的年金収入等と①～⑦の合計が80万円以下の場合の自己負担上限月額

・ 公的年金収入等と①～⑦の合計が80万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

①～⑦にチェックが付いた方で、受給額を確認することができる書類の提出がない場合には、低所得Ⅱ(自己負担上限月額：5,000円)となります。

低所得Ⅱ(上限月額5,000円)