

申請区分	新規・更新・変更		受給者番号 (新規は記入不要)										
受診者	フリガナ	ヤマガタ タロウ		生年月	昭和27年1月1日 (68)歳								
	氏名	山形 太郎		和暦で記入してください。									
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9	8
	住所	山形市松波2-8-1		個人番号を記入してください。									
加入している医療保険	被保険者証等の種別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他( )		被保険者証等の記号及び番号	山01-23 01		支店等の名称	山形市					
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること)	フリガナ			受診者との続柄									
	氏名			受診者が18歳未満の方は保護者欄の記載が必要です。									
	個人番号												
住所													
病名	パーキンソン病												
受診を希望する指定医療機関 (病院・診療所、調剤薬局、訪問看護事業所)	医療機関名		所在地										
	〇〇病院 ××薬局 △△訪問看護ステーション		山形市〇〇 山形市×× 山形市△△		受給者証が使用できるのは、難病指定医療機関のみです。一覧は県のホームページで確認できます。								
	「80万円以下」にレ印を付けた方で、市町村民税所得課税証明書を提出した方全員が非課税の場合は、公的機関発行書類(写し)を添付してください。												
自己負担上限額に関する事項	①	受診者(受診者が18歳未満の場合は保護者)の難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付(障害年金、遺族年金等)の受給の有無						<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無					
	②	(①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること) ①の給付の合計額						<input type="checkbox"/> 80万円を超える <input type="checkbox"/> 80万円以下					
	③	受診者の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無						<input type="checkbox"/> 有(受給者番号 ) <input type="checkbox"/> 無(申請中の場合は病名 )					
	④	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	次の1及び2のいずれも満たす者 1 次の生命維持管理装置を継続して常時装着する必要がある者 (1) 気管切開口又は鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 2 日常生活動作が著しく制限されている者										
	⑤	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	月ごとの医療費総額が5万円を超える月が1										
	⑥	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当	症状が軽症で、月ごとの医療費総額が33,330										
特定医療費の支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項												申請者の氏名と住所を記入してください。	
令和4年7月15日												申請者(受診者又はその保護者)	
住所 山形市松波2-8-1												氏名 山形 太郎	
委任する場合は、受給者証等の書類は受任者あてに送付されます。												申請者(受診者又はその保護者)	
申請者(受診者又はその保護者)												住所 (受診者との続柄)	
氏名 (受診者又はその保護者)												住所 (郵便番号)	
電話番号												氏名	

備考 1 該当する項目の□にレ印を記入すること。  
 2 「申請区分」及び「被保険者等の種別」については該当するものを○で囲むこと。

県記入欄	A生保・B1低I・B2低II・C1一般I・C2一般II・D上位	一次判定		一次審査	二次審査			
	人工呼吸器等装着・高額かつ長期・軽症高額・多群・同一世帯			適	否			
	公的年金等収入額(A)	合計所得金額(B)	障害年金等の額(C)	(A)+(B)+(C)	本人確認者	<input type="checkbox"/>	適	
						<input type="checkbox"/>	軽症高額	
					<input type="checkbox"/>	要審査		

世帯について（受診者と同一の医療保険に加入している者）

氏名及び個人番号	受診者との続柄	職業又は就学の状況等	生年月日	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無
山形 太郎	本人	無職	昭和27年1月1日	← 和暦で記入してください。
山形 花子	妻	無職	昭和30年2月2日	① (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 9876543 ) 無 (申請中の場合は病名)
個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2			年 月 日	ご家族の支給認定の有無と受給者番号を記入してください。
個人番号			年 月 日	有 (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 無 (申請中の場合は病名)
個人番号			年 月 日	有 (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 無 (申請中の場合は病名)
個人番号			年 月 日	有 (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 無 (申請中の場合は病名)
個人番号			年 月 日	有 (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 無 (申請中の場合は病名)
個人番号			年 月 日	有 (特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号 ) 無 (申請中の場合は病名)

ご記入いただいた世帯員の個人番号の記入をお願いします。  
また、個人番号の確認が必要となりますので、提出書類の詳細については、「指定難病の医療費助成制度」のリーフレットをご確認ください。

- 備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。
- 2 「特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無」の欄については、該当するものを○で囲むこと。また、「有」を○で囲んだ場合には、認定を受けている医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「無」を○で囲んだ場合で申請中の場合は病名を記入すること。

**【臨床調査個人票の研究利用について】**  
臨床調査個人票の研究等への利用についてのご説明をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

別添の「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をお読みいただき、研究利用に同意いただける方は記入してください。

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「臨床調査個人票の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。

令和 4年 7月 15日

受診者又は保護者 氏名 山形 太郎

厚生労働大臣 殿