

**新規**

軽症再申請  
疾病切替

**特定医療費(指定難病)支給認定申請書**

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名		男・女	明・大 昭・平 令	年	月	日	年齢
	個人番号							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入してください)	フリガナ		続柄	生年月日				
	氏名			明・大 昭・平	年	月	日	
	個人番号							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合保護者)住所以外を希望の場合に記入)	フリガナ					続柄		
	氏名							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号					
	被保険者氏名		記号・番号					
臨床調査個人票について	名 称			※保健所記入欄				
	臨床調査個人票を作成した医療機関を記載			個人票作成年月日				
				令和	年	月	日	

※特例や軽減を受けるためには、申請が必要です。

		該当する場合「○」を御記入ください	保健所記入欄
特例申請について	医学的審査の結果、診断基準を満たし重症度分類を満たさない場合、軽症者特例に関する審査を申請します(領収書の写しが必要です)。		
軽減申請について	人工呼吸器等装着者に該当するため、自己負担上限月額軽減を申請します(臨床調査個人票に必要事項が記載されていることが必要です)。		/
	同一世帯かつ同一医療保険に指定難病・小児慢性患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額軽減を申請します(対象患者の指定難病又は小児慢性の受給者証等の写しが必要です)。		

**裏面も御確認の上、御署名ください**

私は裏面の説明事項を読んだ上で指定難病医療受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

宮城県知事

殿

患者(又は保護者)氏名

印

指定 医療機関  (調剤薬局・ 訪問看護 ステーション を含む)	名称	所在市区町村	医療機関コード (※保健所記入欄)														
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															
		市・区 町・村															

厚生労働大臣への同意欄

**臨床調査個人票の研究同意** (同意内容の詳細は、別添の<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>を御確認ください。)

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指定難病に係る治療研究等及び政策を立案するための基礎資料として、利用されることに同意します。

厚生労働大臣 殿 患者 (又は保護者) 氏名 印

宮城県知事への同意欄

**病院への診断書内容の照会同意**

私は、提出した臨床調査個人票の記載内容に疑義が生じた場合に、宮城県が医療機関に直接内容を照会することに同意します。

同意します  同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者 (又は保護者) に対して照会しますので、患者 (又は保護者) から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

**講演会等の情報提供同意**

私は、特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書に記載した情報 (住所、氏名など) について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します  同意しません

【マイナンバーの記載について (お願い)】

平成29年11月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

以下記載不要です

**保健所使用欄**

個人票区分確認

主疾病  副疾病1  副疾病2  副疾病3

該当時チェック

世帯按分

↓

按分チェック

種類	受給者番号	氏名
難・小		
難・小		
難・小		
難・小		

添付書類チェック

- 個人票
- 世帯調書
- 保険証写し
- 住民票
- 税証明
- 年金手当
- D同意書
- 非課税収入申告書
- 無収入申立書
- マイナンバー本人確認
- 保険照会同意書
- 按分受給者証写し
- 生保証明
- 軽症領収書

HCNo