

情報連携する  
(※1)

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				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 ( )
□前回申請時と同じ	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)					
保護者(※4)	フリガナ				受診者との関係	□父 □母 □その他 ( )
	氏名					
	個人番号					
	住所(※5)				電話	(自宅) (携帯)
病名						
自己負担上限額の特例(該当箇所) <input 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)	□前回申請時と同じ	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: )			
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 申請者(受診者)氏名 (※8) 三重県知事 あて						受付欄

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が省略できます。
- ※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。)

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。

※9 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。

※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

Table with columns: 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, 市町村民税の申告(※10), 受給資格の有無(特定医療費, 小児慢性特定疾病), 1月1日現在の住所所在地(※11), 保健所使用欄(課税年額). Includes a summary row 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(※12). Rows include 1 年金, 2 手当金, 3 その他.

※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。

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

Form for confirmation methods: 保健所使用欄, 本人確認方法. Includes checkboxes for 来庁者 (本人, 代理人) and 身元確認 (個人番号カード, 運転免許証, 身体障害者手帳, 健康保険証+所得課税証明書, その他).