

指定難病特定医療費支給認定（新規・更新）／登録者証（指定難病）申請書

疾病名	受給者番号
-----	-------

1. 指定難病の患者	フリガナ	年齢	生年月日	
	氏名	歳	年月日	
	住所	連絡先 (TEL)	電話番号1 電話番号2	
	本年1月1日時点の住民票の市区町村（ただし、1月～6月までに新規申請をする場合には前年1月1日の住民票市区町村）			市・区 町・村
	加入健康保険	被保険者氏名	患者との続柄	
		被保険者証の記号・番号	記号	番号
被保険者証発行機関名				
介護保険	<input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無			

※患者本人が申請者の場合は、記入不要です。患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

2. 申請者※	フリガナ	患者との続柄
	氏名	
	住所	連絡先 (TEL) 電話番号1 電話番号2

<委任状欄>※患者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください
 私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します。
 年 月 日
 代理人氏名 患者氏名 茨城県知事 殿

3.自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（高額難病治療継続者）
※要件や必要書類などは裏面の注意事項参照	<input type="checkbox"/> 軽症者特例（軽症高額）	

4.今回申請する患者と同じ世帯内（同じ健康保険加入者に限る）に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方の有無（該当するものに☑） 有 無

5.患者又は保護者の所得状況 (市町村住民税非課税世帯のみ記入)	障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの受給の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	【上記の障害年金などの受給が「有」の方は必ずいずれかに○を記入してください】 a. 金額の確認できる資料（振込通知書、支払通知書の写しなど）を添付します ※年金収入等の合算が80万円以下と確認できた場合は低所得Ⅰ(B1)となりますが、超える場合は低所得Ⅱ(B2)となります b. 金額の確認できる資料を添付しないため、低所得Ⅱ(B2)とすることに同意します	

6.DVや虐待等の被害者（被害を受けるおそれがある場合も含む。）で、加害者の下から避難しており、マイナンバーによる情報連携における不開示設定等を希望する方（支給認定基準世帯員含む）は、右欄に☑を入れてください。 希望する

7.特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (新規申請時のみ記入)	※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。	
	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】※該当するものに☑ <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"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）

8.登録者証申請※ (該当するものに☑)	※「申請する」を選択した場合、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情報を確認することがあります。 <input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 発行済（発行自治体名： ）
-------------------------	---

私は、上記のとおり、特定医療費の支給認定を申請します。
 また、世帯の課税状況が確認できる書類を提出しない場合は、上位所得（D階層：30,000円）とすることに同意します。
 年 月 日
 申請者氏名 茨城県知事 殿

裏面も必ずご記入ください

< 9. 受診を希望する指定医療機関 >

種 別 ※いずれかに○	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名 (所在地)	種 別 ※いずれかに○	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名 (所在地)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)

< 10. 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）の状況 >

※更新申請時のみ記載（新規申請時は世帯状況調書をご提出ください。）

患者のマイナンバーの提示状況 ※過去の申請時にマイナンバーを提示している場合には☑			☐				
支給認定基準世帯員	氏名	患者との続柄	生年月日	受給者番号	マイナンバーの提示状況 ※提示済の場合に☑	本年1月1日時点の住民票の市区町村 ※患者と異なる場合のみ記載	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	

11.	認定結果等の郵送物は、原則として申請者の住所へ郵送いたしますが、別に指定する場合は以下にご記入ください。					
送	氏名				患者との続柄	
付	住所	〒			連絡先(TEL)	電話番号1 電話番号2

< 自己負担上限額の特例についての注意事項 >

(1) 人工呼吸器等装着（人工呼吸器又は体外式補助心臓）
<ul style="list-style-type: none"> 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある者であること、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。 臨床調査個人票の「人工呼吸器」欄または「その他」欄の補助循環の部分に記載があることをご確認ください。
(2) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）
<ul style="list-style-type: none"> 「高額かつ長期」とは申請の月を含めた受給者証有効期間内の直近12ヶ月以内に、指定難病及び小児慢性特定疾病での医療費総額（10割）が50,000円を超える月が6回以上あることです。 （必要書類） 該当月数部分の「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー ※小児慢性特定疾病の医療費総額を算定対象とする場合は、以下の書類が必要となります。 「小児慢性特定疾病医療受給者証」のコピー 該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票」のコピー
(3) 軽症者特例（軽症高額）
<ul style="list-style-type: none"> 指定難病にかかっていると認められる方で、国の定めた重症度分類に該当しない方であっても、申請月を含めた過去12月以内に指定難病の医療費総額（10割）が33,330円を超える月が3回以上ある場合は支給認定の対象となる場合があります。 （必要書類） 該当月数部分の「医療費申告書（別紙様式3）」及び「領収書等のコピー」又は「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー

指定難病特定医療費支給認定 (新規・更新) / 登録者証 (指定難病) **新規申請記入例**

疾病名	パーキンソン病 ※申請する疾病名を記入	受給者番号	
-----	---------------------	-------	--

1. 指定難病の患者	フリガナ	イバラキ ハナコ	年齢	生年月日
	氏名	茨城 花子	49歳	昭和50年 4月 1日
	住所	〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6	連絡先 (TEL)	電話番号1 123-456-7890 電話番号2 090-1234-5678

本年1月1日時点の住民票の市区町村 (ただし、1月~6月までに新規申請をする場合には前年1月1日の住民票市区町村) **土浦** 市 : 区 町 : 村

加入健康保険	被保険者氏名	茨城 花子	患者との続柄	本人
	被保険者証の記号・番号	記号 ●●●	番号	XXXXXX
	被保険者証発行機関名	●●国民健康保険組合		

後期高齢者医療の場合は、番号欄のみ記載してください。

介護保険 有 (要支援 1・2・3・4・5) 無

※患者本人が申請者の場合は、記入不要です。患者が18歳未満の場合は、この欄を記入し、患者のフリガナ・氏名・住所を記入してください。該当の有無のいずれかにを記入。有にの場合は、要支援又は要介護いずれかの認定状況に○を付ける。

フリガナ	イバラキ タロウ	配偶者
氏名	茨城 太郎	
住所	〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6	連絡先 (TEL) 電話番号1 123-456-7890 電話番号2 080-1234-5678

<委任状欄> ※患者以外の方 (保護者を除く) が申請される場合に記入してください

私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します

令和××年 ××月 ××日

代理人氏名 **茨城 太郎** 患者氏名 **茨城 花子** 茨城県知事

患者以外の方 (保護者を除く) が申請される場合は必ず記入してください

3.自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)
※要件や必要書類などは裏面の注意事項参照	<input checked="" type="checkbox"/> 軽症者特例 (軽症高額)	

4.今回申請する患者と同じ世帯内 (同じ健康保険加入者に限る) に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方の有無 (該当するものに) 有 無

5.患者又は保護者の所得状況 (市町村住民税非課税世帯のみ記入)

障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの受給の有無 (該当するものに) 有 無

【上記の障害年金などの受給が「有」の方はa,bいずれかに○を記入してください】

a. 金額の確認できる資料 (振込通知書、支払通知書の写しなど) を添付します
※年金収入等の合算が80万円以下と確認できた場合は低所得 I (B1) となりますが、超える場合は低所得 II (B2) となります

b. 金額の確認できる資料を添付しないため、低所得 II (B2) とすることに同意します

6.DVや虐待等の被害者 (被害を受けるおそれがある場合も含む。) で、加害者の下から避難しており、マイナンバーによる情報連携における不開示設定等を希望する方 (支給認定基準世帯員含む) は、右欄にを入れてください 希望する

7.特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (新規申請時のみ記入)

※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日 (ただし遡り期間は原則申請日から1か月前 (やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前) の同日) まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。

年月日

【左記の欄が申請日から1か月前の年月日となっている理由】 ※該当するものに

臨床調査個人票の受領に時間を要したため

症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に遅延が生じたため

大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出が遅れたため

その他 ()

1か月前の年月日となっている理由の例については、「助成開始時期前倒しチラシのP4」をご参照願います。

8.登録者証申請※ (該当するものに)

※「申請する」を選択した場合、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情報を確認することがあります。

申請する 申請しない 発行済 (発行自治体名:)

私は、上記のとおり、特定医療費の支給認定を申請します。また、世帯の課税状況が確認できる書類を提出しない場合は、上位所得 (D階層: 30,000円) とする

令和××年 ××月 ××日

申請者氏名 **茨城 太郎** 茨城県知事

【必須項目】署名もしくは記名をしてください。記入がない場合は、申請は受け付けられません。

裏面も必ずご記入ください

< 8. 受診を希望する指定医療機関 >

種 別	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名	種 別	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	●●病院 (所在地: ××市●●●●1-2-3)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	××薬局 (所在地: ××市●●●●1-3-4)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	訪問看護ステーション●● (所在地: ××市●●●●2-2-2)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)

< 9. 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）の状況 >

※更新申請時のみ記載（新規申請時は世帯状況調査をご提出ください。）

患者のマイナンバーの提示状況 ※過去の申請時にマイナンバーを提示している場合には☑					
氏名	患者との続柄	生年月日	受給者番号	マイナンバーの提示状況 ※提示済の場合に☑	本年1月1日時点の住民票の市区町村 ※患者と異なる場合のみ記載
茨城 太郎	配偶者	550年10月1日		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

10. 送付先	認定結果等の郵送物は、原則として申請者の住所へ郵送いたしますが、別に指定する場合は以下にご記入ください。			
	氏名	患者との続柄	連絡先 (TEL)	電話番号1 電話番号2
	〒			

< 自己負担上限額の特例についての注意事項 >

<p>(1) 人工呼吸器等装着（人工呼吸器又は体外式補助心臓）</p> <ul style="list-style-type: none"> 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある者であること、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。 臨床調査個人票の「人工呼吸器」欄または「その他」欄の補助循環の部分に記載があることをご確認ください。 <p>(2) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）</p> <ul style="list-style-type: none"> 「高額かつ長期」とは申請の月を含めた受給者証有効期間内の直近12ヶ月以内に、指定難病及び小児慢性特定疾病での医療費総額（10割）が50,000円を超える月が6回以上あることです。 （必要書類） 該当月数部分の「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー ※小児慢性特定疾病の医療費総額を算定対象とする場合は、以下の書類が必要となります。 「小児慢性特定疾病医療受給者証」のコピー 該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票」のコピー <p>(3) 軽症者特例（軽症高額）</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定難病にかかっていると認められる方で、国の定めた重症度分類に該当しない方であっても、申請月を含めた過去12ヶ月以内に指定難病の医療費総額（10割）が33,330円を超える月が3回以上ある場合は支給認定の対象となる場合があります。 （必要書類） 該当月数部分の「医療費申告書（別紙様式3）」及び「領収書等のコピー」又は「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー

指定難病特定医療費支給認定（新規（更新））／登録者証（指定難病更新申請記入例

疾病名	パーキンソン病 ※申請する疾病名を記入		受給者番号	XXXXXXXXXX	
フリガナ	イバラキ ハナコ		年齢	生年月日	
氏名	茨城 花子		49歳	昭和50年 4月 1日	
住所	〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6		連絡先 (TEL)	電話番号1 123-456-7890 電話番号2 090-1234-5678	
1. 指定難病の患者	本年1月1日時点の住民票の市区町村（ただし、1月～6月までに新規申請をする場合には前年1月1日の住民票市区町村）		土浦 市 区 村		
加入健康保険	被保険者氏名	茨城 花子		患者との続柄	本人
	被保険者証の記号・番号	記号	●●●	番号	XXXXXXXXXX 枝番
	被保険者証発行機関名	●●国民健康保険組合 後期高齢者医療の場合は、番号欄のみ記載してください。			
介護保険	☑有（要支援 1・2 ☑要介護 1・2・3・4・5） ☐無				
2. 申請者※	※患者本人が申請者の場合は、記入不要です。患者が18歳未満の場合は、当該の有無のいずれかに☑を記入。有に☑の場合は、要支援又は要介護いずれかの認定状況に○を付ける。				
フリガナ	イバラキ タロウ		配偶者		
氏名	茨城 太郎				
住所	〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6		連絡先 (TEL)	電話番号1 123-456-7890 電話番号2 080-1234-5678	

<委任状欄> ※患者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください
 私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します。
 令和××年 ××月 ××日
 代理人氏名 茨城 太郎 患者氏名 茨城 花子 茨城県知事 殿

3.自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	☐	人工呼吸器等装着	☐	高額かつ長期（高額難病治療継続者）
※要件や必要書類などは裏面の注意事項参照	☑	軽症者特例（軽症高額）		

4. 今回申請する患者と同じ世帯内（同じ健康保険加入者に限る）に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方の有無（該当するものに☑）

☑有 ☐無

5. 患者又は保護者の所得状況（市町村住民税非課税世帯のみ記入）

障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの受給の有無（該当するものに☑）

☑有 ☐無

【上記の障害年金などの受給が「有」の方はa,bいずれかに○を記入してください】
 a. 金額の確認できる資料（振込通知書、支払通知書の写しなど）を添付します
 ※年金収入等の合算が80万円以下と確認できた場合は低所得Ⅰ（B1）となりますが、超える場合は低所得Ⅱ（B2）となります
 b. 金額の確認できる資料を添付しないため、低所得Ⅱ（B2）とすることに同意します

6. DVや虐待等の被害者（被害を受けるおそれがある場合も含む。）で、加害者の下から避難しており、マイナンバーによる情報連携における不開示設定等を希望する方（支給認定基準世帯員含む）は、右欄に☑を入れてください。

☑希望する

7. 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（新規申請時のみ記入）

※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、当と考えられる年月日

更新申請時は記載不要です

☐その他（ ）

8. 登録者証申請※（該当するものに☑）

※「申請する」を選択した場合、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情報を確認することがあります。

☐申請する ☑申請しない ☐発行済（発行自治体名： ）

私は、上記のとおり、特定医療費の支給認定を申請します。
 また、世帯の課税状況が確認できる書類を提出しない場合は、上位所得（D階層：30,000円）とする

令和××年 ××月 ××日 申請者氏名 茨城 太郎 茨城県知事 殿

【必須項目】
 署名もしくは記名をしてください。記入がない場合は、申請は受け付けられません。

裏面も必ずご記入ください

< 8. 受診を希望する指定医療機関 >

種 別	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名	種 別	病院・診療所・薬局・訪問看護事業者名
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	●●病院 (所在地: ××市●●●●1-2-3)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	××薬局 (所在地: ××市●●●●1-3-4)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	訪問看護ステーション●● (所在地: ××市●●●●2-2-2)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)
医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)	医療機関 保険薬局 訪問看護事業者	(所在地:)

< 9. 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）の状況 >

※更新申請時のみ記載（新規申請時は世帯状況調査をご提出ください。）

患者のマイナンバーの提示状況 ※過去の申請時にマイナンバーを提示している場合には☑				<input checked="" type="checkbox"/>		
氏名	患者との続柄	生年月日	受給者番号	マイナンバーの提示状況 ※提示済の場合に☑	本年1月1日時点の住民票の市区町村 ※患者と異なる場合のみ記載	
茨城 太郎	配偶者	550年10月1日		<input checked="" type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		

10. 送付先	認定結果等の郵送物は、原則として申請者の住所へ郵送いたしますが、別に指定する場合は以下にご記入ください。			
	氏名		患者との続柄	
	住所	〒	連絡先 (TEL)	電話番号1 電話番号2

< 自己負担上限額の特例についての注意事項 >

<p>(1) 人工呼吸器等装着（人工呼吸器又は体外式補助心臓）</p> <ul style="list-style-type: none"> 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある者であること、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。 臨床調査個人票の「人工呼吸器」欄または「その他」欄の補助循環の部分に記載があることをご確認ください。 <p>(2) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）</p> <ul style="list-style-type: none"> 「高額かつ長期」とは申請の月を含めた受給者証有効期間内の直近12ヶ月以内に、指定難病及び小児慢性特定疾病での医療費総額（10割）が50,000円を超える月が6回以上あることです。 （必要書類） 該当月数部分の「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー ※小児慢性特定疾病の医療費総額を算定対象とする場合は、以下の書類が必要となります。 「小児慢性特定疾病医療受給者証」のコピー 該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票」のコピー <p>(3) 軽症者特例（軽症高額）</p> <ul style="list-style-type: none"> 指定難病にかかっていると認められる方で、国の定めた重症度分類に該当しない方であっても、申請月を含めた過去12ヶ月以内に指定難病の医療費総額（10割）が33,330円を超える月が3回以上ある場合は支給認定の対象となる場合があります。 （必要書類） 該当月数分の「医療費申告書（別紙様式3）」及び「領収書等のコピー」又は「指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー
--