

受付	確認	階層区分	上限額	入力	確認
保険者照会	適用区分	入力	確認		
有・無					

特定医療費(指定難病)支給認定申請書

申請内容（該当に○）	新規 更新 疾患追加 疾患変更 上限額変更 高額かつ長期 軽症者特例				
指定難病名					
受給者番号 (新規の場合は、記載不要)	個人番号 (12ケタ)				
受診者 (患者)	ふりがな	年齢	生年月日		
	氏名	歳	年 月 日		
	住所 (建物名まで記載)	郵便番号			
	電話番号	(日中に連絡可能な電話) 携帯電話等		(自宅)	
	加入医療保険等	保険種別 (該当に○)	協会・組合・共済・船員・国保・国保組合・後期		生活保護
	被保険者氏名	受診者との続柄 (該当に○)		本人・家族	
	記号・番号	記号	番号		
	保険者名称				
自己負担上限額の特例 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 軽症者特例		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着
世帯按分 (該当に○)	本申請の受診者と同世帯で、指定難病又は小児慢性特定疾病で医療費助成を受けている者又は申請中の者の有無	無・有	有の場合	指定難病・小児慢性	氏名 ( ) 受給者番号 ( )
送付先 (受診者と同じ場合は、記載不要。受診者が18歳未満の場合は、保護者情報を記載)	ふりがな	受診者との関係・続柄		電話番号	
	氏名			(日中に連絡可能な電話)	
	住所	郵便番号			
受診を希望する 指定医療機関  (病院・診療所のほか、薬局、訪問看護事業所等も含む)	医療機関名		所在地(市町村名/県外の場合は、県市町村名)	医療機関番号 ※新潟市記入欄	
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	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】 <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 { }			
(宛先) 新潟市長 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 申請者氏名 (注)					

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

(宛先) 厚生労働大臣 私は、別添「研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成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薬の研究等に利用されることに同意します。 年 月 日 申請者氏名 (注)
--

注1 申請者は、受診者本人、その法定代理人又は裏面の委任を受けた者に限定されます。

2 裏面も必ずご記入ください。

新潟市

3 特定医療費の支給認定日は、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）の同じ日まで遡って申請することが可能。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。軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日の年月日を記入。更新の場合は、原則、記入不要。

