

記載例

記入不要 受付日 区分 装着・軽症高額・高額かつ長期・同一 記入不要 患番号

(様式第1号)

特定醫療費（指定難病）支給認定申請書

申請種類	新規 更新 県外転入	(○でかこむ)	受給者番号 (新規は記入不要)	1	2	3	4	5	6	7		
厚生労働大臣 殿 指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることに同意する場合ご署名に関するご説明>をお読み下さい												
令和 年 月 日 申請者氏名			受給者証を見てご記入下さい									
徳島 太郎			個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることに同意する場合ご署名に関するご説明>をお読み下さい									
徳島 太郎			※自署の場合は押印不要									
※18歳未満の場合保護者が申請してください												
受診者	フリガナ	トクシマ タロウ			性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	2 年 2 月 22 日			
	氏名	徳島 太郎										
	個人番号 (マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			病名	潰瘍性大腸炎						
	住民票上の住 所	(〒770-0855) 徳島市万代町1丁目1番地			電話番号 (088) 621-2999	※日中連絡がとれる連絡先を記載してください。						
	※上記と異なる送付先を希望の場合	(住所) 〒 - (氏名)			様方 (受給者)	マイナンバーの記入が必要です						
作臨成床し調査機関指定人医票療を	住民票の住所以外への郵送を希望される方は記載してください。											
	<input type="checkbox"/> 現在の受給者証に記載されているものと同じ医療機関 (※更新の方のみ、こちらのチェックがあれば同じ医療機関の記入不要)											
	名 称					所在地						
○○病院					郡	町	万代町○丁目○番地					
※記載の医療機関以外でも、指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。												
その他の申請情報	同一生計	同一世帯内かつ同一医療保険の家族が指定難病又は小児慢性特定疾患の助成を受けている 【その方の氏名： (難病・小慢)】										
	受診者・保護者の年金・手当・非課税収入の有無	前年に非課税の収入がある場合は書類の提出が必要（例：振込通知書のはがき、預金通帳等） 【障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・障害手当・福祉手当・障害補償】										
	医療保険が被用者保険で市町村民税非課税の方	受診者の加入医療保険が被用者保険（協会けんぽ、組合健保、共済）であり、被保険者の市町村民税が非課税（前年の収入が少ない場合、非課税となっている可能性があります） ※該当の場合、被保険者の所得課税証明書を別途御提出ください。 《例：受診者本人が被保険者で非課税の場合は、受診者本人の所得課税証明書が必要。 受診者の家族が被保険者で非課税の場合は、家族(被保険者)の所得課税証明書が必要。》										
臨床調査個人票に記載された診断年月日	令和7年10月10日	<small>左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となって ☑臨床調査個人票の文書にて ☐症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に際 ☐大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出 ☐その他 (</small>										
軽症高額認定の条件を満たした日	年 月 日	※軽症高額申請をされる方は、左記下段に条件を満たした年月日を記載して下さい。 【軽症高額の条件】：医療費総額が33,330円を超える月が支給認定申請月以前の12月以内に3回以上										
事務局記載欄 (遅り日)	年 月 日	申請日の1(3)ヶ月前又は、診断年月日のいずれか遅い日 軽症高額申請の場合は、申請日の1(3)ヶ月前又は、条件を満たした日の翌日のいずれか遅い日										
※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」（ただし遅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）までです。)												
登録者証申請（※1）		申請する	・	申請しない	・	発行済（発行自治体名：)						
※登録者証は重症度不足により、不認定となった場合に交付されます。												
私は、上記のとおり、 <input type="checkbox"/> 特定医療費の支給を申請する <input type="checkbox"/> 登録者証明の支給を申請する 提出日と同日を記載してください。 令和7年12月1日												
代筆の場合でも、法定代理関係（親権者や青年後見人等）や委任状（裏面）がない場合には、患者本人の氏名を記載												
徳島県知事 殿		申請者氏名 徳島 太郎			印							

※裏面も必ず記入してください。

(裏面)

【受診を希望する主な指定医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む）】

医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所 在 地
〇〇病院	徳島市〇〇町〇丁目〇番地
〇〇薬局	徳島市〇〇町〇丁目〇番地

※この項目への記入の有無に関わらず、
チェックを入れていただくと、
記入不要です。

【医療保険】

加入医療保険	□加入医療保険の詳細は別紙のとおり（医療保険の加入状況が確認できる書類のコピーを添付）	
	保 险 種 別 (〇でかこむ)	後 期 高 齢 ・ 協 会 け ん ぼ ・ 国 保 ・ 国 保 組 合 ・ 共 濟 ・ 組 合 健 保 ・ 船 員 保 険
	被 保 险 者 氏 名	
	発 行 機 関 名	

【生活状況】 現在の状況として、該当する項目に〇をつけてください。

身体障害者 手 帳	<input type="radio"/> あり（級1・2・3・4・5・6） <input type="radio"/> なし	介護 認定	<input type="radio"/> あり（要支援1・2・3・4・5） <input type="radio"/> なし
生活・療養 の状況	1 就 労	2 就 学	3 在宅療養
	4 入 院	5 入 所	
1 生活のほぼ全てに介助が必要 2 生活の一部（歩行・食事・入浴・排泄）に介助が必要 3 介助不要			
医療処置	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり【①人工呼吸器（終日・夜間のみ・日中のみ）②体外式補助人工心臓（ペースメーカーとは異なります）③気管切開④吸引⑤在宅酸素療法⑥胃ろう⑦経管栄養】 ※人工呼吸器（終日）、体外式補助人工心臓の場合は自己負担上限額の特例があります。 窓口にお申し出ください。		
患者支援に関する案内の送付等を希望しますか		<input type="radio"/> はい	2 いいえ

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、以下の委任状の記入が必要です。 ※提出のみの代行の場合は不要。

委任状

委 任 者 住所 〒
氏名

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に関する権限を委任します。
代 理 人 住所 〒
氏名

（委任者との関係
(電話番号) — — —)
令和 年 月 日 徳 島 県 知 事 殿

印

※1 登録者証は、重症度不足のために不認定となった場合に発行されます。また、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できます。