

↓

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	患者番号
------	-----	----	-------------------	------	------

(様式第1号)

特定医療費（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			
受診者	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 徳島 太郎 徳島 ※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														
	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 過去1年以内の住所変更の有無 () 7月～12月の申請は申請年、それ以外				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)													
作成・臨床調査個人票を	<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										
	〇〇病院				郡	徳島 市	町	区	万代町〇丁目〇番地						
	※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病の助成を受けている 【その方の氏名： (難病・小慢)】										<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	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】										<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり			
	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。》										<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
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		【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場合、必ずチェックを入れてください。】 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の交付を受けた日 <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がかかった日 <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出が遅れた日 <input type="checkbox"/> その他（ ）										診断年月日が申請日から1か月以上前の日の場合はいずれかにチェックを入れてください。		
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（遡り日）	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し、 <input type="checkbox"/> 登録者証明の支給を申請します。 令和7年12月1日 提出日と同日を記載してください。 徳島県知事 殿 申請者氏名 徳島 太郎 印 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															

※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、医療費の助成を受けることができます。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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）	
	保険種別 (○でかこむ)	後期高齢・協会けんぽ・国保・国保組合・共済・組合健保・船員保険
	被保険者氏名	
	発行機関名	

【生活状況】 現在の状況として、該当する項目に○をつけてください。

身体障害者 手帳	<input checked="" type="radio"/> 1 あり（級1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5・6） <input type="radio"/> 2 なし	介護認定	<input checked="" type="radio"/> 1 あり（要支援1・ <input checked="" type="radio"/> 2 要介護度1・2・3・4・5） <input type="radio"/> 2 なし
生活・療養 の状況	1 就労 2 就学 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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"/> 1 なし <input checked="" type="radio"/> 2 あり【 <input type="radio"/> ①人工呼吸器(終日・夜間のみ・日中のみ) <input type="radio"/> ②体外式補助人工心臓(パ-メーカーとは異なります) <input type="radio"/> ③気管切開 <input checked="" type="radio"/> ④吸引 <input type="radio"/> ⑤在宅酸素療法 <input type="radio"/> ⑥胃ろう <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 はい 2 いいえ	

該当するところすべて
に○をつけてください。

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

印

(委任者との関係)

(電話番号 - -)

令和 年 月 日 徳島県知事 殿

患者又は保護者以外の方が申請を行う場合には、委任状の作成が必要です。
なお、本人や保護者が作成した申請書の提出のみを行う場合には、記載は不要です。

※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あります。