. ↓									記載	탳 例										
記入不要	受付日		区分		 装着・軽症	 F高額・	高額か	つ長期	• 同一				記。	 入不要			<u> </u>	患番		
:	就第	1 문)	Ll															号		
申	請	新規	:a ==	新	型型 県外転入		(Oでか			受給者番	등		1	2	3	4	5	6		7
種	,,,,	労働大臣	,, ,,	. 本川	宗가#4八	`	(0 (%	·C0)	(弟	規は記入	.不要)		'			-	C	_		'
		疾病研究	究の基礎	資料と	するため、 して使用さ をお読み下	れるこ さい)	とに同意	意する場	合ご		を給者 へ下さ		·見て	ご記		人情報的 調査個 <i> </i>				
	令和	年	月 日	#	請者氏名	1	徳島	太郎	3	急				場合は押印 満の場合(請してくだ	さい			
	フリガナ トクシマ				トクシマ	タロウ							末満の場合保護者が申請してください 大正							
受	氏 名		徳島 太郎				性別 男			女	n77.∓n		2 年 2			月 22 日				
=^	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			
診	, , , , ,		(7 77	70-	0855)	<u>i l</u>			電	話番号	(08					記載して<	゚ ださい			
者	住民票上の 住 所		徳島	過去	<mark>弋町1丁目</mark> 31年以内の住 1〜12月の申i	所変更の			マイナ 必要で	ンバー きす	の記入			と異なる]			
	※上	:記と異	なる	(住所)													•			
	送付先を希望の場合 (氏名)				様方(受給者)						7	住民票の住所以外への郵送を希望								
	作 臨																			
	し調 た査 指個		名 称					那 町												
内	定人		○○病院 					意島 市 区												
	医票療を ※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できます。																			
そ	同一生計 同一世帯内かつ同一医療保険の 【その方の氏名:					険の家族	笑が指定的		が見慢がある。		病の助	成を受	けてい	ハる				□は	ı 🔽	いいえ
	年金・手当・非課				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) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・										受給な 受給あ					
の申	税収入の有無 【障害年金・遺族年金・特別			特別児園	川尔里扶食十寸• 堕舌十寸• 桶剂 十寸• 堕舌棚/							れてください。				_				
請情報	受診者の加入医療保険が被用者 (収入が少ない場合、非課税とな ※該当の場合、被保険者の所 (例:受診者本人が被保険者 ・受診者の家族が被保険者				となって 所得課 者 で非	こいる可 脱証明書 課税の場	能性があ を別途 合は、	ります。 卸提出く 受診者本) ださい。 人の所得	課税証	E明書だ	が必要	<u>. </u>		*非課税(前年の	 ☑ ☑		,	
臨床調査個人票に 記載された診断年 月日						他人宗に依害に被害に被害	申請日から1か月以上前の年月日となって 大赤シェル 等により、申請書類の準備や提出にほれ に被災したこと等により、申請書類の提					以上	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			^{ル宋} F 日 ロ 「軽点草薙の冬					情をされる方は、左記下段に条件を満たした年月日を記載して下さい。 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L							以内に	30				
I	事務局記 (遡りE			年	月日					が又は、 申請日						iたしたE	∃の翌E	のいす	ー れか』	星い日
					定医が 「重 り を得ない理E												D翌日」	(ただ	し遡り)期間
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請 ・ 大きい。																				
徳	島県知	印事	殿			申請	者氏名	徳島	太良	2 EN			_			者本人0				<u></u>

(裏面)

【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 帳	1) あり (級1・2・3・4・5) 2 なし 介護 ② 要介護度1・2・3・4・5) 2 なし									
生活•療養	1 就 労 2 就 学 3 在宅療養 4 入 院 5 入 所									
の状況	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 該当するところすべて									
医療処置	は つく では できない。									
患者支援に関する案内の送付等を希望しますか 1 はい 2 いいえ										

チェックを入れていただくと 記入不要です。

【医療保険】

b			詳細は別紙のとおり	(健康保険証を添付)							
		保 険 種 別 (O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		
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名									
		保険証発行機関名									

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。**

		- 1 5/5 - 10 - 1/5 - 1	-,,		
			委任状		
委	任 者	住所 <mark>〒</mark>		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。	
		氏名		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。	
私は,次の者を代理人として,‡ 代	ま定医療費 理 人	(指定難病)の支絲 住所 〒	合認定申請に関する権	限を委任しょう。	
		氏名		Ер	
				(委任者との関係)	
			(電話番号)	
令和 年 月	В		徳島県	知 事 殿	