

指定難病特定医療費支給認定申請書（更新）

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		
	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）				
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	患者との続柄		
	記 号・番 号	記号	番号	枝番	
	保険者名				
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、保護者が代理人申請者となります。				
	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 代理人申請者氏名 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☑） ※要件や必要書類などは裏面の注意事項参照	☐	人工呼吸器等装着（人工呼吸器、体外式補助人工心臓）	☐	高額かつ長期（高額難病治療継続者）	
	☐	軽症者特例（軽症高額）			
4.今回申請する患者と同じ世帯内（同じ医療保険加入者に限る）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	☒ 有	☐ 無
	【上記の障害年金などの受給が「有」の方は、以下の項目の該当する方に☑をし、右の添付資料をご提出ください。※年金収入等の合算が82万6,500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				
	☐ 収入の合計が82万6,500円を超える		添付資料は不要です		
	☐ 収入の合計が82万6,500円以下		添付資料：金額の確認できる書類（振込通知書、支払通知書のコピー等）		
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.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					

月額自己負担上限額に関する事項 (R8.3末時点)	月額自己負担上限額	階層区分	人工呼吸器装着等	高額かつ長期	軽症高額該当	世帯内受給者
	円					

様式第1号(裏面)
＜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	(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：)

＜9. 支給認定基準世帯員（患者と同じ医療保険に加入する方）の状況＞

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	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

10. 送 付 先	今後のご案内等の郵送物は、原則として患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＞

(1) 人工呼吸器等装着（人工呼吸器又は体外式補助心臓） ・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） ・「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月額管理票」のコピー
(3) 軽症者特例（軽症高額） ・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