

# 千葉県特定医療費（指定難病）支給認定申請（届出）書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 変更・記載事項変更（ ）	
<input type="checkbox"/> 消滅	(理由: 転出 死亡 その他) 消滅日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 再交付	(理由: 紛失 その他)	
受給者番号 (新規・転入は記載不要)		受給者証有効期限 (更新のみ) ~ 年 月 日		
受診者	カナ	年齢	生年月日	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
			※現住所が申請年の1月1日時点の住所と	同一 ・ 非同一
	旧住所	(〒 - )	都・道 府・県	市・区 町・村
	変更後住所			
病名			疾患に関する 変更の場合 変更 ・ 追加	
受診者が加入している医療保険 ※変更の場合は変更後の情報を下段に記入	保険者名 (加入先)			
	記号番号・枝番 (被保険者番号)			
自己負担上限額の特例と変更 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	<input type="checkbox"/> 生活保護 (受給者・境界層) 該当者 ( <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 廃止 )		
	<input type="checkbox"/> 階層区分変更			
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 軽症高額特例		
	<input type="checkbox"/> 支給認定世帯員の中で他の小児慢性又は指定難病受給者の該当			
別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、同意される方は、右欄にチェックをお願いいたします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。	<input type="checkbox"/>	厚生労働大臣 様  私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。		
<input type="checkbox"/> 私は、特定医療費支給認定の審査に必要な、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉県における住民基本台帳情報、市民税等に関する課税資料、生活保護情報について、調査・確認されることに同意します。 <input type="checkbox"/> 当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者が加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。 なお、これらの調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。				
市町村民税が <b>非課税世帯</b> の方のみ、下記を記入(該当するものに☑)してください。 <small>階層区分は、申請者(保護者がいる場合は保護者を含む)の合計所得金額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します。</small>				
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したものの他に収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(2,500円)又は低所得Ⅱ(5,000円)に決定】		
	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ(5,000円)に決定】		
本申請書のとおり申請します。 (届出) (あて先) 千葉市長	申請日 (届出日)	年 月 日	申請者名 (届出者名)  <small style="text-align: right;">署名又は記名押印</small>	

①新規

※患者が未成年又は被成年被後見人等の場合、代表保護者・成年後見人の名前を記入

**※裏面も必ず御記入ください。**

支給認定基準世帯員 記入欄（※受診者本人の情報は記入不要）			
カナ 氏名	続柄	生年月日 住所（受診者と異なる場合のみ）	受給者番号（無の場合は記載不要） 旧住所（市区町村まで）
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
<input type="checkbox"/> 受診者が18歳未満の場合、代表保護者として申請			連絡先
カナ 氏名		年 月 日 住所	No. 旧住所
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ 氏名		年 月 日 住所	No. 旧住所
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ 氏名		年 月 日 住所	No. 旧住所
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
<p>○国保・後期高齢・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。</p> <p>○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ） を記入してください。</p> <p>※支給認定世帯員変更の場合は、変更後の世帯を記入してください</p>			

	医療機関情報		医療機関番号（千葉市記入欄）
	<b>受診を希望する 指定医療機関 （更新の場合、変更希望 なければ記入不要）</b>	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	

<b>郵送先</b>	認定の結果等郵送先		本人住所 ・ 下記の郵送先に送付希望（いずれかに○）	
	氏名		受診者との続柄	
	住所	〒 ー		電話番号
		都・道 府・県	市・区 町・村	