

記載要領

①印字されている個人情報が入力されているかを確認してください。相違がある場合は、申請時に申し出て下さい。

別紙様式第1号(表面)

千葉市特定医療費(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) 012345				受給者証有効期限 (更新のみ) ~ 年 月 日			
受給者	カナ	チハシ タロウ		年齢	生年月日		
	氏名	千葉市 太郎		27	平成7年4月1日		
	住所	〒 261-8755		電話番号	000-000-0000		
		千葉市美浜区幸町1-3-9		000-000-0000			
旧住所	(〒 -) 都・道 府・県		市・区 町・村		※非同一の場合、旧住所を記入		
変更後住所	③						
病名	97 潰瘍性大腸炎			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 が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)	④ <input type="radio"/> <input type="radio"/> 健康保険組合					
	記号番号・枝番 (健康保険者番号)	⑤ 12345 6789 枝番01					
自己負担上限額の特例と変更 (該当するものに☑)	<input checked="" 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	⑥ (<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 checked="" type="checkbox"/>	⑦ 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「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」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 checked="" 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市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 checked="" type="checkbox"/> 当該支給にあたり、必要があるときは受診者の健康保険上の所得区分に関する情報につき、千葉市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。	⑧						
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 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理由(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請⑨の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()					
取更新の場合は原則記載不要	※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特例の基準を満たした日の翌日(ただし通り期間は原則申請日から1か月間前(やむを得ない理由により申請できなかった場合は最長3か月前)の同日)まで遡ることが可能。そのため、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる日を記載。						
市町村民税が 非課税世帯 の方のみ、下記を記入(該当するものに☑)してください。 (階層区分、申請者(児童等がいない場合は世帯長を含む)の住所(住所変更)、世帯員構成等の状況が変更された場合は、変更後の状況を記入してください。)							
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 checked="" type="checkbox"/>	⑩ 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(2,000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)	⑪			
署名又は記名押印							

②現住所と令和5年1月1日の住所が一緒の場合は「同一」異なる場合は「非同ー」に○をしてください。

③住所が変わった方(千葉市内での転居に限ります。)は変更後住所欄に記載をお願いします。

④受給者証に記載されている疾病と、申請書に記載されている疾病が同一かご確認下さい。

⑤申請書に記載されている保険者名・記号番号・枝番に変更がある場合、下段に現在の保険情報の記載をお願いします。

⑥該当する項目に☑をお願いします。

⑦内容をご確認いただき、同意される場合は☑をお願いします。

⑧階層区分の判定に必要な所得情報や世帯員情報、及び健康保険の情報照会を行う同意欄です。同意いただける場合は、☑をお願いします。

⑨原則記載不要です。申請が令和7年1月以降となる場合のみご記載ください。

⑩住民税非課税世帯の方はどちらかに☑をお願いします。
低所得Ⅰ:申請者の収入が80万円未満
低所得Ⅱ:申請者の収入が80万円以上(遺族年金・障害年金を含みます。)

※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。

⑪申請者(患者様又は患者様の法定代理人)の氏名を記入してください。(患者様が18歳未満の場合は、代表保護者名を記入してください。)

⑫同じ健康保険に加入している方のご記入をお願いします。患者様本人の名前は記入不要です。

患者が加入する健康保険	支給認定世帯員に記載が必要な方
■被用者保険(会社の健康保険等)	①被保険者(患者様が被保険者の場合は記載不要)
■国民健康保険	②患者様と同じ記号番号の保険証をお持ちの方
■国民健康保険組合	
■後期高齢者医療制度	③患者様と住民票上同じ世帯で、後期高齢者医療制度の保険証をお持ちの方

別紙様式第1号(裏面)

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)		生年月日	受給者番号 (番号欄には記載不要)
カナ	続柄	住所 (受診者と異なる場合のみ)	旧住所 (市区町村まで)
氏名	父	昭和42年1月1日	No.
千葉市 一郎		住所	旧住所
難病小慢認定の有無 (□無 □難病 □小慢)			
□ 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	⑫	年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無 (□無 □難病 □小慢)			
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無 (□無 □難病 □小慢)			
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無 (□無 □難病 □小慢)			
○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。 ○その他の保険の方：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。 ※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			

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)	医療機関情報		医療機関番号 (千葉市記入欄)
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	⑬
<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		

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	〒 〇〇	市・区町・村
住所	都・道府・県	市・区町・村
		電話番号

⑬指定難病で受診する指定医療機関が変更となる場合は記入してください。(今までと変わりがなければ記入不要です。)

⑭認定結果の送付先について、ご自宅に郵送希望の場合は「本人住所」に○を、別の場所に送付希望の場合は「下記の郵送先に送付希望」に○を付け、郵送先の記載をお願いします。(○印が無い場合、本人住所に送付希望として扱います。)