

# No. 5 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 checked="" 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) 1 2 3 4 5 6 7 受給者証有効期限 (更新のみ) ~ R8 年 12 月 31 日

カナ	チバシ タロウ		年齢	生年月日
氏名	千葉市 太郎		27	年 月 日
住所	〒261-8755 千葉市美浜区幸町1-3-9		電話番号	000-000-0000 (自宅) 000-000-0000 (携帯)
	千葉市総合保健医療センター		※当年(1~6月の新規申請は前年)1月1日に千葉市に非居住の場合、旧住所欄に都道府県・市区町村名等を記入	
旧住所	(〒 - )	都・道 府・県	市・区 町・村	
変更後住所	(〒 - )	都・道 府・県	市・区 町・村	

①現住所と令和8年1月1日時点の住所が  
・同じ場合  
→「旧住所」及び「変更後住所」は記載不要。  
・千葉市内で住所が変わった場合  
→「変更後住所」の記載が必要。  
・千葉市外から転入した場合  
→「旧住所」の記載が必要。

病名	97	潰瘍性大腸炎	疾患に関する 変更の場	変更	追加
----	----	--------	----------------	----	----

②疾患番号(※)及び病名を記載してください。  
※臨床調査個人票の表紙の病名の左に記載の数字。

受診者が加入している医療保険	保険者名(加入先)	〇〇健康保険組合
※変更の場合は変更後の情報を下段に記入	記号番号・枝番(被保険者番号)	12345 6789 枝番01

③保険者名・記号番号・枝番に変更がある場合、上段に以前の保険情報を、下段に現在のものを記載してください。

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"/> 軽症高額特例
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<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
	<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	

④該当する項目に☑をお願いします。

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。	厚生労働大臣 様
<input type="checkbox"/>	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。

⑤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。

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、医療保険情報について調査・確認されることに同意します。

⑥階層区分の判定に必要な所得情報や世帯員情報及び医療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。

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、申請書類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( )
※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(ただし遡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)の同じ日)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。	

⑦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：受診者の収入等が～82万6,500円  
低所得Ⅱ：受診者の収入等が82万6,500円超  
※収入等には遺族年金・障害年金を含みます。

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。

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】

⑧住民税非課税世帯かつ申請月以前の入院日数が通算して90日を超えている方は☑をお願いします。

長期入院であったことを医療保険者に申出します。

支給決定に際し、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉市における市民税等に関する課税状況を、加入する医療保険者に千葉市が提供することに同意します。

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)	署名又は記名捺印
----------------------------------	----------	-------	------------	----------

⑨申請者(患者又は患者の法定代理人)の氏名を記入してください。(患者が18歳未満の場合は、代表保護者名を記入してください。)

**※裏面も必ず御記入ください。**

※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

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
カナ チバシ イチロウ	父	昭和42年 1月 1日	No. ←
氏名 千葉市 一郎		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	No.
		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	No.
		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	No.
		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"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他の保険の方 ①被保険者本人と保護者 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。			

⑩同じ保険に加入している方を記入してください。

患者が加入する医療保険	支給認定基準世帯員として記載が必要な方
被用者保険（会社の健康保険等）	被保険者（患者が被保険者の場合は記載不要）
国民健康保険	患者と同じ保険に加入、かつ、同じ記号番号の方
国民健康保険組合	
後期高齢者医療制度	患者と住民票上同じ世帯で後期高齢医療制度の保険に加入の方

受診者本人の名前は記入不要です。

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	
	<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		

⑪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）。

郵送先	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	都・道府・県	市・区町・村
				電話番号

⑫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、別の場所に送付する場合は「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。（○がない場合は、本人住所に送付希望として扱います。）