※この資料は**変更申請**に用いる様式です。
現在お持ちの受給者証の記載事項に変更がある方は、本紙の提出が必要です。
「指定難病受給者証更新申請の手引き」の９ページをご確認ください。

(表)

第１号様式（第２条関係）

受給者番号						

特定医療費支給認定申請書　（新規・変更）

奈良県知事 殿　　　　年　月　日
次のとおり特定医療費の支給を申請します。

受診者	氏名	フリガナ	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	個人番号	□□□□－□□□□－□□□□			
	住所	フリガナ 〒 奈良県			
	電話	自宅	携帯		
	加入医療保険	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・ 後期高齢・国保組合・その他・生保		
		受診者との続柄	本人 ・ 家族		
		記号･番号	記号	番号	
		被保険者氏名			
		保険者番号			
		保険者			

受給者証等の送付先 （受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に☑し、希望の送付先を記入）	□ 受診者　□ その他（次に記入してください。）			
	送付先氏名	フリガナ	受診者との関係	
	送付先住所	〒		

申請者	申請者区分 （該当に☑）	□ 受診者　※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。 □ 保護者　※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。 □ その他　※別途、委任状等の提出が必要です。	
	氏名	フリガナ	電話
	個人番号※	□□□□－□□□□－□□□□	←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。
	住所	フリガナ 〒	

疾病名		同一人物が他の疾患で特定医療費助成又は小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。（　　　）

特例 （該当の場合 ☑）	□ 人工呼吸器等装着	□ 軽症高額該当	□ 高額かつ長期 （高額難病治療継続者）

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか（申請中の方を含む。）。	いない ・ いる（氏名　　　）受給者番号（　　　）
受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか（申請中の方を含む。）。	※受給者証の写しの提出が必要です。 いない ・ いる（氏名　　　）受給者番号（　　　）

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る場合、該当する理由に☑】 □ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため □ 症状の悪化・入院等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため □ 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため □ その他 （　　　）	保健所受付印 整理欄 □軽症高額なし／□その他なし

【裏面にもご記入ください。】

【住・課・保】

（裏）

臨床調査個人票を記載された指定医療機関	
医　療　機　関　名	所　在　地

世 帯 調 書

○住民票上の世帯全員について記載してください。
住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。
※　申請日が1～6月の場合は前年の、7～12月の場合は当年の１月１日時点の住所地（市町村民税の課税地）を記載してください。

	世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合に○	受診者と同じ保険の加入者に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1	フリガナ	年　月　日	受 診 者 本 人			協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者　・　被扶養者
	個人番号	＿　＿				情報連携により省略する書類 □住民票 □(非)課税証明書 □加入医療保険情報
	1月1日時点の住所地※ □現在の住所と同じ　□現在の住所と異なる （右枠内に記載ください）	都・道　府・県　市・区　町・村				
2	フリガナ	年　月　日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（　　　）			協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者　・　被扶養者
	個人番号	＿　＿				情報連携により省略する書類 □住民票 □(非)課税証明書 □加入医療保険情報
	1月1日時点の住所地※ □受診者の住所と同じ　□受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）	都・道　府・県　市・区　町・村				
3	フリガナ	年　月　日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（　　　）			協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者　・　被扶養者
	個人番号	＿　＿				情報連携により省略する書類 □住民票 □(非)課税証明書 □加入医療保険情報
	1月1日時点の住所地※ □受診者の住所と同じ　□受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）	都・道　府・県　市・区　町・村				
4	フリガナ	年　月　日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（　　　）			協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者　・　被扶養者
	個人番号	＿　＿				情報連携により省略する書類 □住民票 □(非)課税証明書 □加入医療保険情報
	1月1日時点の住所地※ □受診者の住所と同じ　□受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）	都・道　府・県　市・区　町・村				
5	フリガナ	年　月　日	夫・妻・子・父・母 兄・弟・姉・妹 その他（　　　）			協会健保・健保組合・共済・国保・後期高齢・国保組合・その他・生保 被保険者　・　被扶養者
	個人番号	＿　＿				情報連携により省略する書類 □住民票 □(非)課税証明書 □加入医療保険情報
	1月1日時点の住所地※ □受診者の住所と同じ　□受診者の住所と異なる （右枠内に記載ください）	都・道　府・県　市・区　町・村				

指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意欄

厚 生 労 働 大 臣 殿　　　　年　　月　　日

私は、「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿