別紙様式第１号（表面）

保健所　保健所ｺｰﾄﾞ

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

申請区分	□新規申請 （□軽症者特例） □更新申請 （□軽症者特例）	疾病名（疾病番号）	（　　）
		受給者番号	（□他疾病による認定［受給者番号：　　］）
		自己負担上限額の特例	□人工呼吸器装着者　□高額かつ長期　□世帯按分
	□変更　（自己負担上限額変更）	□転入　（転入日　　年　　月　　日）	

患者	フリガナ		個人番号（マイナンバー）　（12桁）	
	氏　名			
	生年月日	年　月　日（　歳）	1月1日時点に居住していた市町村	□住所と同じ □　市　町　村
	住　所	（〒　－　）（電話　－　－　）	※日中に繋がる電話番号を記載してください。	

保険種別（生保併用の場合は複数チェック）	保険者名	記号・番号
□国保　□生保	□＿＿＿＿＿＿＿＿（市町村等の名称）	（記号）後期高齢以外
□被用者　（本人・家族）	□全国健康保険協会北海道支部　□＿＿＿＿＿＿	
□国保組合　（本人・家族）	□＿＿＿＿＿＿＿＿国民健康保険組合	（番号）
□後期高齢 → 記号なし	□北海道後期高齢者医療広域連合　□	

医療費助成の開始日

医療費助成の開始日は、①申請書類を受理した日から１か月前の日、または②指定医が重症度分類を満たしていると判断した日（臨床調査個人票に記載された「診断年月日」）のいずれか後の日まで遡ることができます。
なお、申請までに時間を要したやむを得ない理由がある場合は、③申請書類を受理した日から最長３か月前の日、または②のいずれか後の日まで遡ることが出来ます。　※3

【申請までに時間を要した理由】　（※以下に該当する場合のみ、該当項目に☑してください）
□　臨床調査個人票の受領に時間を要したため
□　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
□　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
□　その他［　　］

申請者

北海道知事　様
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

年　月　日　申請者氏名　（署名）

裏面も記入が必要です

続柄	□本人 □保護者（患者が18歳未満） □代理人（裏面委任状の記載が必要です）	住所	（〒　－　）※患者と住所が異なる場合は記載してください。

連絡先／送付先

認定結果は、原則として申請者あてに連絡・送付しますが、申請者以外の方へ連絡・送付する必要がある場合は、次の欄にご記入ください。　※審査状況などの連絡・通知は行いません。

フリガナ		住　所	電話番号	申請者との関係
氏　名		（〒　－　）		

保健所等記入欄

収受印	【新規及び更新申請の添付資料】
	□臨床調査個人票　□世帯調書　□世帯全員の住民票　□医療保険の資格情報が確認できる資料の写し　□市町村民税（非）課税証明書等の所得状況が確認できる書類　□非課税収入申告書（市町村民税非課税の場合）　□同意書 □世帯内に他に指定難病等又は小児慢性特定疾病の受給者がいることを証明する書類 □高額かつ長期又は軽症者特例に該当することを確認するために必要な領収書等
	臨床調査個人票の添付資料：有［　　］・無
	自己負担区分：［生保・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得］
	自己負担区分：［高長・人工・按分］　［按分後の自己負担上限額　　円］
消印日：　年　月　日	審査結果記入欄：□認定（重症）　□認定（軽症高額）　□非該当

助成開始日		整理番号	受給者証	
年　月　日	・診断 ・1か月 ・3か月		登録者証	

※1　「申請区分」～「申請者」欄の該当する□にチェックしてください。
※2　患者名及び個人番号（すでに個人番号の提出がある場合は、記載は不要です。）、住所、保険の種別、申請者の記入は必須です。
※3　新規申請及び、軽症者特例のみを対象とします。軽症者特例による申請の場合の医療費助成の開始日は、①または、③軽症高額基準を満たした日の翌日のいずれか後の日まで遡ることができます。なお、申請に時間を要したやむを得ない理由がある場合は、申請書類を受理した日から最長３か月前の日、または③のいずれか後の日まで遡ることができます。

別記様式第１号（裏面）

受診する医療機関等 ・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護事業者等	医　療　機　関　名		所　在　地
	□追加 □削除		
	□追加 □削除		
	□追加 □削除		

■指定難病登録者証の申請について	特定医療費（指定難病）支給認定申請と同時に、 □　申請する　　□　申請しない　　□　発効済（発効自治体名：　　） ※いずれかに☑してください。 ☑がない場合は、指定難病登録者証の申請はないものとして取り扱います。

＜指定難病登録者証とは＞　必ずお読みください。

※指定難病登録者証は指定難病にり患していることを証明するものです。主に、市町村等において実施される障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、指定難病にり患していることを証明できるものとして利用することができます。
※医療受給者証と違い、指定難病登録者証では医療費の助成は受けられませんのでご注意ください。
※指定難病登録者証と特定医療費（指定難病）受給者証の両方を同時に申請し、審査の結果、特定医療費（指定難病）受給者証が交付される場合は、基本的に指定難病登録者証の交付は行いませんので、障害福祉サービス等の利用時は特定医療費（指定難病）受給者証（有効期間が切れていないものに限る。）を指定難病にり患していることを証明するものとしてご利用ください。
※指定難病登録者証には疾病名の記載は行いません。あくまで指定難病にり患していることを証明する証書になります。
※「申請する」を選択した場合は、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。
なお、障害福祉サービス等の実施の有無及び内容は各市町村へお問い合わせください。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合　→

委　任　状

※提出のみの代行の場合は不要です。
※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを同封してください。

年　　月　　日　　委任者（患者又は保護者）氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署名）

私は、次の者を代理人として、本申請に関する権限を委任します。

代理人 氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署名）　　委任者との関係　＿＿＿＿＿＿

住所　（〒　　ー　　）　　電話番号（　　ー　　ー　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者全員	本申請に関する事項について、**同意しない場合**、該当項目に☑	同意しない場合
支給認定に関する情報確認の同意	私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請に係る自己負担上限月額の算定に必要な個人情報（世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、特定疾患医療の受給状況、小児慢性特定疾病医療の受給状況、年金受給情報、特別児童扶養手当受給情報等）を北海道が調査すること及び関係機関へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員の同意を得ています。	□

該当者のみ	本申請に関する事項について、**同意しない場合**、該当項目に☑	同意しない場合
国家公務員共済組合加入者	国家公務員共済組合が、国家公務員共済組合法第60条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。	□
地方公務員共済組合加入者	地方公務員共済組合が、地方公務員等共済組合法第62条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。	□