

職員記入欄	申請種別(1新規・2県外転入・3更新・4変更・5記載事項変更)		年	月	日	更新	再登	個承	研同	非開
	複数疾病	病名追加	病名変更	軽症高額(同時・追加・再申請)		高額長(新規)				
	按分(適用)	按分(解除)	更新保険者照会マル高(社保非課税・国保組合・社保昨年非課税・70歳到達・更新保険変更同時・保険者照会結果待ち)							

新規申請 記入例

別紙様式第1号

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・県外転入・更新・変更・記載事項変更届出) / 登録者証(指定難病)申請書
 ※変更・記載事項変更届出の場合は、受給者番号・受診者情報氏名を記入の上、変更となる部分のみをご記入ください。
 ※登録者証のみ申請する場合は、太枠内をご記入ください。

1. 受診者情報/要支援者		受診者(患者)情報を記入します		受給者番号	新規は記入不要です	
フリガナ	トチギ タロウ		生年月日(年号は、T・S・H・Rを記入)			
氏名	姓 栃木	名 太郎	年号	年	月	日
郵便番号	3 2 0 - 8 5 0 1		日中やす			
住所(市町名から記入)	宇都宮市埴田1-1-20					
2. 受診者加入医療保険情報						
フリガナ	トチギ シロウ		国民健康保険等の場合で、保険者番号が8桁未満の場合は、左詰で記入してください			
被保険者氏名	姓 栃木	名 次郎	後期高齢加入等で被保険者番号のみ記載されている場合は、番号の欄のみ記入してください			
保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		記号	〇〇		
保険種別番号を記入	1協会けんぽ・2組合健保・3共済・4国保(一般)・5国保(退職)・6国保組合・7後期高齢・8その他・9生活保護(未加入)		番号	〇〇〇〇〇〇		
3. 疾患等情報						
疾患番号①	〇〇		臨床調査個人票(診断書)1枚目上部に記載の番号を参考に記入します			
自己負担上限額の特例(該当する場合□にチェックを記入)						
□ 軽症高額		□ 高額かつ長期		□ 人工呼吸器装着		□ 按分申請(適用・解除)
						新規は記入不要です
4. 郵送先情報(受診者・要支援者と書類の郵送先が異なる場合のみ記入)						
フリガナ			受診者等との続柄 1本人・2配偶者・			
氏名	※該当者のみ 「4. 郵送先情報」は、「1. 受診者情報」に記入した住所と別の住所に受給者証等郵送物を届けてもらいたい場合のみ記入してください					
郵便番号						
住所						
かかりつけ						
5. 保護者情報(受診者・要支援者が18歳未満の場合のみ記入)						
フリガナ			受診者等との続柄 〇() 1母			
氏名	※該当者のみ 「5. 保護者情報」は、「1. 受診者情報」に記入いただいた受診者(患者)が18歳未満の場合のみ記入してください					
郵便番号						
住所						
かかりつけ						

栃木県知事様 本書のとおり申請します。

令和〇年 〇月 〇日 申請者氏名 栃木 太郎

受理印

※別添「指定難病の医療についての同意書」をご確認をお願いいたします。

申請者の氏名を記入します(※押印不要)

お読みいただき、該当がある場合☑を記入します

マイナンバー制度ではDV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能です。希望される方は右の太線枠内に、☑チェックを記入してください。
 ※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

職員記入欄	申請種別(1新規・2県外転入・3更新・4変更・5記載事項変更)		年 月 日		<h1 style="text-align: center;">変更申請 記入例</h1>		
	複数疾病	病名追加	病名変更	軽症高額(同時・追加・再申請)			高額長(新規)
	按分(適用)	按分(解除)	更新保険者照会マル高(社保非課税・国保組合・社保昨年非課税・70歳到達・更新保険変更同時(但し除考照会結果待ち))				

特定医療費(指定難病)受給者証に記載の受給者番号を記入します

別紙様式第1号

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・県外転入・更新・変更・記載事項変更)

※変更・記載事項変更届出書と併せて提出する
 ※登録者証のみ申請する場合は

受診者(患者)情報は必ず記入してください

1. 受診者情報/要支援者情報		受給者番号	○	○	○	○	○	○	○
フリガナ	トチギ	タロウ	生年月日 (年号は、T・S・H・Rを記入)						
氏名	姓 栃木	名 太郎	年号	年	月	日			
			H	○	○	○			
郵便番号	3 2 0 - 8 5 0 1	日中連絡を取りやすい電話番号	○○○ - ○○○ - ○○○						
住所(市町名から記入)	宇都宮市塙田1-1-20		項目2以降は変更する項目のみ記入してください						

2. 受診者加入医療保険情報									
フリガナ	トチギ	シロウ	受診者との続柄番号を記入		1本人・2配偶者・3父・4母・5子・6その他()			3	
被保険者氏名	姓 栃木	名 次郎							
保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	記号	○○
保険種別番号を記入	1協会けんぽ・2組合健保・3共済・4国保(一般)・5国保(退職)・6国保組合・7後期高齢・8その他・9生活保護(未加入)			○	番号	○○○○○			

3. 疾患等情報									
疾患番号①	○○	疾患番号②		疾患番号③		疾患番号④			
自己負担上限額の特例(該当する場合□にチェックを記入)							該当する場合□にチェックを記入		
<input type="checkbox"/> 軽症高額	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着	<input type="checkbox"/> 按分申請(適用・解除)	<input type="checkbox"/> 病名追加	<input type="checkbox"/> 病名変更				

4. 郵送先情報(受診者・要支援者と書類の郵送先が異なる場合のみ記入)									
フリガナ			受診者等との続柄番号を記入		1本人・2配偶者・3父・4母・5子・6その他()				
氏名	姓	名							
郵便番号				日中連絡を取りやすい電話番号	-				
住所(市町名から記入)									

5. 保護者情報(受診者・要支援者が18歳未満の場合のみ記入)									
フリガナ			受診者等との続柄番号を記入		3父・4母・6その他()				
氏名	姓	名							
郵便番号				日中連絡を取りやすい電話番号	-				
住所(市町名から記入)									

栃木県知事様 本書のとおり申請します。 令和○年○月○日 申請者氏名 栃木 太郎 受理印

※別添「指定難病の医療についての同意書」をご確認のうえ、お申し込みください。 申請者の氏名を記入します(※押印不要) 等への利用に際し、ご提出を

マイナンバー制度ではDV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能です。希望される方は右の太線枠内に、チェックを記入してください。
 ※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。

6. 受診を希望する指定医療機関 受給者番号

種別番号 を記入 1 病院・ 2 薬局・ 3 訪問看護	名称	所在地（市区町村名から記入）
① 1	〇〇病院	〇〇市〇〇町1-1
②		
③		

7. 支給認定世帯(住民票上同一世帯で受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入)
 ※加入保険が協会けんぽ、組合健保、共済の場合、住民票上の世帯に関わらず、本人と被保険者を記入(本人が被保険者の場合は、本人のみ記入。本人が被扶養者の場合は、本人以外の被扶養者は記入不要。)
 ※生活保護で医療保険に加入していない場合でも、個人番号の取得のため①(本人)欄の記入をお願いします。

続柄番号は、1本人・2配偶者・3父・4母・5子・6その他()を記入		続柄 番号	生年月日 (年号は、T・S・H・R)				市区町村民税所 得割額 ※税証明書提出 者のみ記入	小児慢性又は指定難病の 受給者に該当する場合(□ にチェックと受給者番号 を記入)
世帯員氏名 (フリガナ不要)			年号	年	月	日		
① (本人)	姓 名 栃木 太郎	1	H	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 小児慢性 〇〇〇〇〇〇円 本人の難病は按分対象外
		個人 番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				小慢受給 者番号	
②	姓 名 栃木 次郎	〇	S	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
		個人 番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				受給者 番号	
③	姓 名							<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
		個人 番号					受給者 番号	
④	姓 名							<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
		個人 番号					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っている理由】

- 臨床調査個人票の受領に時間を要した
- 症状悪化等により申請書類の準備や提出に時間を要した
- 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
- その他

※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か月前(やむを得ない理由により申請が行え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、申請日に関わらず、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年月日を記載。なお、更新の場合は原則記入不要。

登録者証申請(※) 申請する ・ 申請しない ・ 発行済 (発行自治体名:)

※「申請する」を選択した場合、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。

職員記入欄のため、記入は不要です