

B

別紙様式第1号(表面)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更・転入)

※ 該当する申請内容に○を付けてください。

受給者番号		申請疾病名			告示番号 (札幌市記入欄)
※受給者証をお持ちの方					
患者	フリガナ	年齢		生年月日	
	氏名	歳		大正 昭和 平成 令和	
	マイナンバー				
	住所	(〒) (電話)			
	医療保険	保険証の 記号・番号		(記号) (番号)	
自己負担上限額の特例等 (該当欄に☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者	人工呼吸器(一日中施行・離脱見込なし・日常生活動作が著しく制限)又は体外式補助人工心臓を使用している場合		
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	医療費総額(受給者証利用分)が50,000円を超える月が、申請月を含む過去12か月間に6回以上ある場合		
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	医療費総額(申請疾病分)が33,330円を超える月が、申請月を含む過去12か月間に3回以上ある場合		
	<input type="checkbox"/>	生活保護(受給者・境界層)該当者 ※該当するものに○を付けてください			
受診を希望する指定医療機関等 ・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護事業者等	医療機関等の名称			所在地	
変更(該当の方のみ)	負担上限額変更(自己負担区分・人工呼吸器・高額長期・世帯按分)・医療機関変更・疾病変更・疾病追加				
転入(該当の方のみ)	転入日	年	月	日	前住地
申請者署名欄 ※患者本人(18歳未満の場合は保護者)	私は、裏面の同意事項(及び申告事項)に同意(及び申告)のうえ、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項(第10条第1項)の規定により、特定医療費の支給を申請します。				收受印(保健センター)
	令和 年 月 日	札幌市長 様			
申請者氏名					
※申請者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に申請者の住所等を記載 〒() 電話番号()					
住所					
申請手続き等を委任する場合	私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。)を提供する権限を次の代理人に委任します。				收受印(保健所)
	令和 年 月 日	委任者氏名 (患者本人又は保護者)			
	代理人氏名	委任者との関係			
	〒()	電話番号()			
代理人住所					

※ ここから下の欄には記入しないでください

<p>【臨床調査個人票の添付資料】 無・有 []</p> <p>【自己負担区分】 A0□生活保護 A1□低所得Ⅰ A2□低所得Ⅱ A3□一般所得Ⅰ A4□一般所得Ⅱ A5□上位所得 □高額長期 □人工 □按分</p>	<p>【申請書の添付資料】</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 同意書(臨床調査個人票・医療保険区分確認)</p> <p><input type="checkbox"/> 世帯情報シート (<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 <input type="checkbox"/> 市町村税の所得状況確認書類 <input type="checkbox"/> 生保証明)</p> <p><input type="checkbox"/> 非課税収入確認書類</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 高額かつ長期又は軽症高額に該当することを確認するために必要な領収書等</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>【更新】</p> <p><input type="checkbox"/> 管理票等不足なし <input type="checkbox"/> 管理票等一部 (全部)なし</p> <p>【転入】</p> <p><input type="checkbox"/> 支給認定世帯員変更あり <input type="checkbox"/> 支給認定世帯員変更なし</p>
---	--	--

持

裏面もご確認ください→

別記様式第1号（裏面）

世帯員について		住民票上の世帯全員について記入してください。 ※ 住民票が別の方も、同じ医療保険加入している場合は、一緒に記入してください。 ※ 個人番号は、患者本人と同じ被用者保険に加入している場合は被保険者（扶養状況欄の本人）のみ、それ以外の医療保険に加入している場合は、患者本人と同じ種別の医療保険に加入している方が記入してください。 ※ 患者本人の保護者の方は、医療保険の種別に関わらず、個人番号を記入してください。 ※ 世帯員の氏名記載欄が足りない場合は、複写いただくか、申請時に窓口でお申し付けください。					札幌市記入欄		
氏名	続柄	年齢	医療保険の種別 ※該当するものに○	扶養状況 ※被用者保険の方	特定医療費の 受給状況 ※該当する場合に○	小児慢性特定疾病 医療の受給状況 ※該当する場合に○	税額 証明	支給認定 基準世帯 員	受給者 証(写)
マイナンバー									
	患者本人	—	・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	—	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患者本人の		・被用者・国保 ・国保組合・後期高齢 ・生活保護	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

送付先住所	認定結果は、原則として表面の患者の住所に送付しますが、送付先を別に指定する必要がある場合は、下記に記入してください。		
氏名		患者との関係	
住所	(〒 -) (電話 - -)		

同意事項	本申請に関する次の項目について、 同意しない場合は、該当項目に☑してください。	同意 しない 場合
1 支給認定に関する情報 確認の同意	本申請の支給認定に必要な情報である、上記世帯員に関する住民票情報、市町村民税の課税情報、生活保護の受給情報、特定医療費及び小児慢性特定疾病医療費の受給情報について、札幌市の関係職員が、調査・閲覧を行うことに同意します。 また、代理人に申請手続き等を委任する場合は、当該情報を代理人に提示することに同意します。 なお、これらの調査・閲覧を行うことについて、上記世帯全員の承諾を得ています。	<input type="checkbox"/>
2 受給者証に◆マークの ある方に関する同意	本申請による更新申請（更新申請期間中の申請に限る）の審査結果が却下に相当する場合において、北海道の特定疾患治療研究事業の認定を受けられる可能性がある場合（受給者証に◆マークのある方）は、本申請を取り下げ、北海道知事宛ての特定疾患治療研究事業に係る申請（本申請と同一申請日）として取り扱ったうえ、本申請に関する情報（住民票情報等）を北海道へ引き継ぎすることに同意します。	<input type="checkbox"/>

非課税世帯の 申告事項	市町村民税が非課税世帯の場合は、以下のいずれかに☑を付けてください。	札幌市記入欄 (非課税世帯年収判定)
<input type="checkbox"/>	患者本人（患者が18歳未満の場合、保護者のうち一番収入が多い方）の 年収が80万円を超えるため、自己負担上限額の区分は“低所得Ⅱ” に該当します（下欄の収入に関する証明書類を提出できない場合を含む）。	A 公的年金収入額 (円)
<input type="checkbox"/>	患者本人（同上）の 年収が80万円以下のため、自己負担上限額の区分を“低所得Ⅰ” とするよう申請します。 年収のうち、 非課税収入（厚生労働省令で定めるもの） について、以下のとおり申告します。 ・収入対象者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 保護者 ⇒氏名 [_____] ・前年の収入額 [_____ 円/年] ※ 申請月が1～6月の場合は 前々年の収入 。収入が無い場合は“0”円と記入 ・収入の種類（該当する収入に☑のうえ、年金証書や払込通知書等の写しを添付してください。）	B 合計所得額 (円) C 年金雑所得 (円) D 前年の収入額 ※非課税収入 (円)
年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 ※年金生活者支援給付金はここでの年金（収入）に含まれません。 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 障害共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金 <input type="checkbox"/> 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの	年収=A+(B-C)+D ※(B-C)は0円を下限
手当金	<input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当	(合計 円)
その他	<input type="checkbox"/> 障害一時金 <input type="checkbox"/> 労災・公務災害による障害補償給付等 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害補償給付・障害給付 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	80万円超え：低Ⅱ 80万円以下：低Ⅰ