

# 特定医療費（指定難病）支給認定／登録者証（指定難病）申請書〔新規〕

受給者番号 (記載不要)									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者情報	フリガナ				個人番号 (マイナンバー)	[ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		
	氏名							
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女		
	住民票住所	郵便番号 ( - ) (電話 ) ※日中連絡のとれる電話番号を御記入ください。						
	受給者証の送付先 (住民票住所と異なる場所に送付を希望される場合のみ記入)	郵便番号 ( - )	送付先住所:	送付先氏名:				

加入医療保険情報	保険者の名称				記号・番号			
	受診者と同じ医療保険に加入している世帯員の情報を以下に記入してください。※裏面の支給認定世帯を参照してください。							
	フリガナ		個人番号 (マイナンバー)	[ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	受診者との続柄			
	世帯員氏名							
	フリガナ		個人番号 (マイナンバー)	[ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	受診者との続柄			
	世帯員氏名							
	フリガナ		個人番号 (マイナンバー)	[ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	受診者との続柄			
	世帯員氏名							

病名等の情報	病名						
	申請の種類	<input type="checkbox"/>	一般				
		<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等	人工呼吸器等を使用している方。			
		<input type="checkbox"/>	軽症高額	申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった方。別に定める医療費申告書及び医療機関の領収書等を添付してください。			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方					有 (氏名: ) ・ 無 (受給者番号: )		

医療機関	名称					
	所在地					
※主に診療を受ける予定の医療機関名を書いてください。上記の医療機関以外でも、特定医療費（指定難病）に対する治療を行う指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業者等）であれば利用できます。						

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】 <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
------------------------------------	-------	--

※ 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です。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してください。

私は、上記のとおり、特定医療費の支給  
登録者証の発行（マイナンバーカード活用）を申請します。  
登録者証の発行（書面）

※ 登録者証の発行を希望される場合は、上の口をチェック（✓印）を記入してください。  
 ※ 登録者証の発行（書面）は、マイナンバーカードを所持していないなど、マイナンバーカード活用ができない場合に選択してください。

年 月 日

申請者氏名

鳥取県 総合事務所長 様  
鳥取市保健所長

◆裏面も記入欄があります。

臨床調査個人票の研究等への利用に関して同意される方は、次の欄に自署又は記名をお願いします。

**<臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する同意について>**

私は、別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり、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。

年 月 日

申請者氏名

厚生労働大臣 様

**<鳥取県・鳥取市の関係機関<sup>※1</sup>からの患者支援に係る案内の送付等<sup>※2</sup>について>**

鳥取県・鳥取市の関係機関では、患者支援に係る案内の送付等を行うため、本申請書に記載された内容の一部を個人情報保護のもと活用させていただく場合がありますので、御承諾ください。

なお、御都合により、患者支援に係る案内の送付等を希望（同意）されない場合は、下の口にチェック（し印）を入れてください。（チェックの無い場合は、御承諾いただいたものとします。）

希望（同意）しない

※1 鳥取県・鳥取市の関係機関・・・鳥取県健康政策課、鳥取市障がい福祉課、鳥取市保健所、鳥取県総合事務所保健所、鳥取県難病相談・支援センター及び鳥取県難病医療連絡協議会及びこれらと関連する鳥取県及び鳥取市の行政機関

※2 患者支援に係る案内の送付等・・・保健指導、療養生活支援及びこれらに係る各種案内・アンケートの送付、電話連絡等

**<災害が起きたときの支援に備えた市町村への個人情報<sup>※3</sup>の提供について>**

鳥取県では、市町村における避難計画作成の推進に取り組んでいます。また、災害対策基本法では、高齢者や障がい者、難病患者等の避難のため、市町村はあらかじめ名簿を作成しておくことが義務付けられています。

災害発生時等における安否確認や避難誘導等の手助けの必要な方の名簿作成について市町村から個人情報の提供依頼を受けた場合は、鳥取県個人情報保護条例に基づき、当該市町村に提供させていただきますので御承知ください。なお、自主防災組織への平常時からの提供についてはこれに含まれません。

※3 個人情報・・・氏名、生年月日、性別、住所又は居所、電話番号その他の連絡先、避難支援等を必要とする事由（その他、名簿作成に必要と市町村が認める内容について依頼を受けた場合、市町村に提供することがあります。）

**<登録者証について>**

※1 登録者証は、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、所有者が指定難病患者であることを証明するものです。

※2 障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、登録者証としてマイナンバーカードを提示いただいた場合、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。

○申請先・問合せ先

鳥取市保健所 保健医療課	鳥取県中部総合事務所倉吉保健所 医薬・感染症対策課	鳥取県西部総合事務所米子保健所 医薬・感染症対策課
〈住所〉鳥取市富安二丁目138-4 電話 0857-30-8532 ファクシミリ 0857-20-3962	〈住所〉倉吉市東巖城町2 電話 0858-23-3145 ファクシミリ 0858-23-4803	〈住所〉米子市鞆町1丁目160 電話 0859-31-9317 ファクシミリ 0859-34-1392

＜鳥取市・岩美町・若桜町・智頭町・八頭町にお住まいの方について＞  
鳥取市保健所では鳥取県の委託を受けて申請書の受理等を行っています。申請等の手続きについては鳥取市保健所で行ってください。

※ 支給認定世帯とは

- 自己負担上限月額を算定する際に所得・課税状況を確認する必要のある人の範囲を指します。
- 受診者が加入する医療保険の種類によって支給認定世帯の範囲は異なり、住民票上の世帯とは一致しないことがあります。

受診者が加入する医療保険の種類 (かっこ内は保険証を発行する団体)		支給認定世帯の範囲
後期高齢者医療制度 (後期高齢者医療広域連合)		受診者を含め、後期高齢者医療の被保険者全員
国民健康保険 (市町村)		受診者を含め、国民健康保険の被保険者全員
国民健康保険組合 (医師国保、建設国保など)		受診者を含め、同じ保険の加入者全員
被用者保険 (全国健康保険協会、 健康保険組合、共済 組合など)	受診者が 被保険者の場合	受診者(被保険者)
	受診者が 被扶養者の場合	受診者(被扶養者)と被保険者