様式第８号

疾患番号 ※職員記入欄	

特　定　医　療　費　（　指　定　難　病　）　支　給　認　定　申　請　書　（　変　更　）

変更申請事由 該当するものに☑	☐加入医療保険　☐病名追加　☐病名変更　☐階層区分変更（☐生保・☐その他） ☐人工呼吸器装着　☐高額かつ長期　☐按分対象者　☐世帯員　☐その他（　　）					
受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日	年　月　日
	氏　名					
	住　所	〒 福岡市　　区				
	受給者番号		電話番号	－　－		
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄		
		保険種別 （該当するものに○）	国保（一般・組合）・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他（　　）			
		保険者名				
		記号・番号	（記号）　　（番号）　　（枝番）			
		資格取得年月日	（　昭和　・　平成　・　令和　）　年　月　日			
	病　名					
保護者（受診者が１８歳未満の場合に記入）	フリガナ		生年月日	年　月　日	受診者との関係	
	氏　名					
	住　所	〒　☐　住所、電話番号は受診者と同じため省略（該当する場合は☑）			電話番号	－　－

該当するものに☑		
自己負担上限額の特例	☐　人工呼吸器等装着（※１）	☐　高額かつ長期（※２）
市町村民税非課税世帯の方は受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）の障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当等を受給している場合は、その金額がわかる公的機関が発行する書類（証書、年金払込み通知書等）の写しを添付してください。	障害年金や遺族年金等の収入　☐　有　・　☐　無 年金決定通知書や年金払込通知書等の内容 種　別　（　　） 支給額　（年額　　円） ☐　低所得Ⅱ（非課税世帯、本人収入82万6,500円超）の区分を適用して差し支えないので添付しません。	
今回申請する受診者と同じ世帯内の同一医療保険加入者で指定難病もしくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいる場合は、受給者証の写し等を添付してください。	☐　無 ☐　有 ☐　追加 ☐　削除	☐　難病　（氏名　　） ☐　小児　（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（※４）	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（　　）
診断年月日　年　月　日	軽症高額該当の翌日　年　月　日	

【留意事項】

※１　人工呼吸器等装着とは、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要があり、かつ日常生活動作が著しく制限される方です。人工呼吸器を装着している方について、継続して常時とは、一日中施行することが必要であって離脱の可能性がない場合をいいます。

※２　特定医療費（指定難病）の受給者のうち一般所得Ⅰ以上の方で、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50,000円を超える月が６月以上ある場合は自己負担月額が軽減されます。（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要です。）

※３　認定基準の重症度分類を満たさないが、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月以上ある場合に該当します。（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要です。）

※４　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。

窓口確認欄

※裏面も必ず記入してください。

■支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する方）　（裏面）

・受診者が国民健康保険、後期高齢者医療、国民健康保険組合のいずれかに加入している場合は、住民票上の同一世帯で同じ医療保険の方全員を記入してください。
・上記以外の場合は、受診者と同じ医療保険に加入する被保険者のみを記入してください。

支給認定基準世帯員		続柄	個人番号（マイナンバー） 旧　住　所	
受診者		本人	個人番号 （マイナンバー）	
				都･道･府･県　市･区･町･村 （※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入）
①	フリガナ 氏　　名 生年月日　　年　月　日		個人番号 （マイナンバー）	
			旧住所	都･道･府･県　市･区･町･村 （※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入）
②	フリガナ 氏　　名 生年月日　　年　月　日		個人番号 （マイナンバー）	
			旧住所	都･道･府･県　市･区･町･村 （※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入）
③	フリガナ 氏　　名 生年月日　　年　月　日		個人番号 （マイナンバー）	
			旧住所	都･道･府･県　市･区･町･村 （※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入）
④	フリガナ 氏　　名 生年月日　　年　月　日		個人番号 （マイナンバー）	
			旧住所	都･道･府･県　市･区･町･村 （※該当年の1月1日時点の住所が福岡市外の場合に記入）

※該当年とは、申請月が１月から６月までの場合は前年の１月１日、申請月が７月から１２月までの場合は今年の１月１日となります。

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づき、特定医療費（指定難病）の支給認定を申請します。

福岡市長　様　　年　　月　　日　　申請者（受診者）氏名

※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名
※受診者が成年被後見人等の場合は
成年後見人等氏名

臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、別添「研究利用に関するご説明」を読み、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。

厚生労働大臣　様　　年　　月　　日

受診者氏名

受診者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入

申請者氏名

■郵送先

（該当するものに☑）

□ 現住所と同じ

□ 現住所以外
　□ 既に指定している送付先から変更はない
　□ 下記住所

・認定の結果は原則として表面に記載された受診者の住所に郵送します。

住所	〒		
フリガナ			
氏名			
電話番号	―　　―	受診者との関係	

職　員　記　入　欄

〈番号確認書面〉□個人番号カード（裏面）
□通知カード
□個人番号が記載された住民票の写し
□住民票記載事項証明書

〈１点確認書面〉□個人番号カード
□運転免許証、運転経歴証明書
□旅券
□身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳
□在留カード、特別永住者証明書
□その他（　　）

〈２点確認書面〉□公的医療保険の資格確認書
□年金手帳
□児童扶養手当証明書
□特別児童扶養手当証書
□保護受給証明書
□特定医療費（指定難病）受給者証
□その他（　　）