

特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

大阪市長 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、本申請の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、加入医療保険情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されること、及び保険者に対して情報提供をされることに同意します。

※ 太枠内に記入してください。

年 月 日

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
	生年月日	年 月 日	受給者番号		
	住所	〒 -			
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件の申請をします。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件の申請を委任します。(申請者欄の各項目への記入が必要です。) ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
住所	〒 -				
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)			
	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
住所	〒 -				

申請が必要な事項を、ご記入ください。(表)

1	指定難病の追加・変更	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更	(追加・変更する病名)		
	★特定医療費の支給開始日にかかる申し立て				
	特定医療費の支給開始日について、重症度分類を満たしていることを診断した日(軽症高額対象者は軽症高額の基準を満たした日の翌日)まで遡ることができます。臨床調査個人票に記載されている診断年月日など、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入してください。ただし、申請日からの遡りの期間は原則1か月とし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月となります。ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますので、予めご了承ください。				
	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	申請日から1か月以上(最長3か月まで)遡る場合(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場合)、該当する理由に☑してください。 <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()		
	★臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意(同意の有無について、いずれかに☑の記入をお願いします)				
<input type="checkbox"/>	同意する	指定難病の医療費助成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ついて、厚生労働大臣に対し同意します。(詳細については、裏面<臨床調査個人票情報の研究等に関する説明>を参照)			
<input type="checkbox"/>	同意しない				
2	人工呼吸器 体外式補助人工心臓 の装着	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓			
3	支給認定基準世帯員のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の追加等	【区分】	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号
		<input type="checkbox"/> 追加	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性	
		<input type="checkbox"/> 変更	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号
<input type="checkbox"/> 削除	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性			

(ウラヘ続く)

<< 事務処理記載欄 >>		階層区分	負担	備考
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		人・按・軽・高	
	年 月 日 ~ 年 月 日		人・按・軽・高	
	年 月 日 ~ 年 月 日		人・按・軽・高	
確認者		受付日 年 月 日		
保健所受付印		保健福祉センター受付印		交付履歴
		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
		交付年月日 年 月 日		
		階層/負担 / 人・按・軽・高		

