別紙様式第１号（表面）　　令和６年４月１日改正様式

千葉県特定医療費（指定難病）支給認定／指定難病登録者証申請書

（ □新規　□更新　□変更(疾病追加･疾病変更･高額かつ長期･人工呼吸器･その他)　□転入 ）

千葉県知事　様

私は、本申請書に記載のとおり特定医療費の支給等を申請します。
また、当該支給にあたり、必要があるときは受診者の適用区分（医療保険上の所得区分）に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

記入日	令和　年　月　日
申請者名（受診者名）	（必ず申請者名を記入してください）

受給者番号７桁（更新・変更の場合のみ記入）		受給者証有効期限（新規は記入不要）	～ 令和　年　月　日

受診者

カナ		年齢	生年月日
氏名		歳	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和　年　月　日
住所	〒　－　千葉県 □市 □町 □村	電話番号	固定　－　－
			携帯（本人）　－　－
旧住所	□都 □道 □府 □県　□市 □区 □町 □村 ※旧住所欄は、申請年の１月１日時点の住所地が現住所と異なる場合のみ記入		携帯（　）　－　－

保護者（受診者が１８歳未満）又は法定代理人

カナ		受診者との続柄	電話番号 固定　－　－
氏名		□父 □母 その他（　）	携帯　－　－
□ 同上（チェックして記入省略）※住所欄のみ記入省略できます。			
住所（※1）	〒　－　千葉県 □市 □町 □村	旧住所	□都 □道 □府 □県 □市 □区 □町 □村 ※旧住所欄は、申請年の１月１日時点の住所地が現住所と異なる場合のみ記入

受診者が加入している医療保険	保険者名（加入先）		
	記号・番号（被保険者番号）	被保険者氏名	
自己負担上限額の特例等（該当するものにチェック）	□ 人工呼吸器等装着者	□ 生活保護受給者等(※2)	
	□ 高額かつ長期(※3)	□ 軽症高額特例(※4)	

市町村民税が非課税の世帯(※5)の方は、下記を記入(該当するものにチェック)してください。
(階層区分は、申請者(保護者がいる場合は保護者を含む)の合計所得金額・公的年金等の収入・障害手当等の給付の合計金額により決定します。)
記入が無い場合、提出された書類又は情報連携により取得した課税情報に基づいて決定します。

右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。	□ 今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等はありません。【合計金額により、低所得Ⅰ(基準額2,500円)又は低所得Ⅱ(基準額5,000円)に決定】
	□ 今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ(基準額5,000円)に決定】
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（※6、7） 令和　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〔　〕

※裏面も必ず御記入ください。

〈留意事項〉
※1　受診者と異なる場合に記入してください。
※2　「生活保護受給証明書」又は「境界層該当証明書」を提出してください。
※3　特定医療費の受給者のうち、一般所得Ⅰ以上の方で、月ごとの医療費総額について５万円を超える月が年間６回以上ある場合に自己負担上限額が軽減されます。
※4　認定基準のうち重症度が不足している場合でも、月ごとの医療費総額が３３，３３０円を超える月が３月分ある場合は医療費助成の対象となります。ただし、発症日と診断された以降の医療費が対象で、かつ申請日以前の過去１年以内の医療費が対象となります。
※5　加入する保険が国保・国保組合・後期高齢の場合、加入する世帯全員の市町村民税(所得割額・均等割額)が０円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者と受診者の市町村民税(所得割額・均等割額)が０円の場合に非課税扱いとなります。
※6　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。
※7　更新の場合は、原則、記入不要。

保健所記入欄	軽症高額の基準を満たした日の翌日	階層区分				情報連携		備考
		生保	低Ⅰ	低Ⅱ		有	無	
	令和　年　月　日	一般Ⅰ	一般Ⅱ	上位	円			

支給認定基準世帯員　記入欄
（受診者については記入不要）

〇国保・後期高齢・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。
〇それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ）
を記入してください。

カナ / 氏名	続柄（注1）	生年月日	住所（受診者と異なる場合に記入） / 旧住所（市区町村まで）（申請する年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に記入）	難病小慢 認定有無（注2）	自己負担上限額（注3） / 受給者番号（注4）
カナ 氏名		□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和　年 月 日	住所 〒 － 千葉県 旧 〒 －	□無し □難病 □小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和　年 月 日	住所 〒 － 千葉県 旧 〒 －	□無し □難病 □小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和　年 月 日	住所 〒 － 千葉県 旧 〒 －	□無し □難病 □小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和　年 月 日	住所 〒 － 千葉県 旧 〒 －	□無し □難病 □小慢	自己負担上限額 受給者番号

（注1）「続柄」は受診者からみたものを記入してください。（注2）「難病小慢認定有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
（注3）「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。（注4）「受給者番号」について、新規申請中の場合は、申請日を記入してください。

今回申請する病名 （添付した臨床調査個人票の病名を記入して下さい）	
受給歴 （該当する場合のみチェック）	今回申請する病名について、これまでに千葉県又は千葉県以外の都道府県・指定都市において、特定疾患治療研究事業の医療費又は特定医療費の支給を受けていたことがあります。 □ 千葉県内で受給歴あり　□ 千葉県以外の都道府県・指定都市で受給歴あり

受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業者等含む） ※ここに記入のない医療機関であっても、全国の指定医療機関で受給者証を利用することができます。 ※右欄に書ききれない場合、空白部分又は別紙(自由様式)に必要事項を記入してください。	指定医療機関　名称	指定医療機関　所在地

ＤＶ・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄に記入してください。（記入された情報は、上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。）	□ 希望する

登録者証申請	□申請する	□申請しない	発効済み（発効自治体名：　　）
	※「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。		

臨床調査個人票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、右欄に記入をお願いいたします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではございません。	厚生労働大臣　様 私は、別添「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。 令和　　年　　月　　日　　受診者氏名　　申請者氏名 ※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に替わって申請者が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、申請者氏名も記名してください。

郵送先					
認定の結果等については、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が、別に指定する場合は下記に記入してください。					
カナ / 氏名			受診者との続柄	□ 父 □ 母 □ その他（　　）	
住所	〒 －	□都 □道 □府 □県	電話番号	固定	－　　－
	□市 □区 □町 □村			携帯	－　　－