

岐阜県知事 様		年 月 日			
支給認定(支給認定の変更の認定)を受けたいので、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、下記のとおり申請します。また、申請書の情報が県のセミナー等の難病対策事業や患者会の案内に使用されることに同意します。					
受給者番号		(受給者番号は、更新又は変更の場合のみ記載してください。)			
患者 (受診者)	フリガナ	年齢	生年月日		
	氏名	歳	年 月 日		
	郵便番号 〒 -	電話番号	- -		
	居住地(住所)	個人番号			
	加入医療保険	保険種別番号	被保険者氏名	患者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者の( )	
	保険者名		被保険者等記号・番号		
申請者	フリガナ	患者との関係			
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 保護者(続柄 )			
	(郵便番号、電話番号及び住所は、申請者が患者本人の場合は記載不要)				
	郵便番号 〒 -	電話番号	- -		
	居住地(住所)	個人番号(申請者が保護者の場合のみ記載)			
受給者証等の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者居住地 <input type="checkbox"/> 下記に送付 〒 -				
指定難病の名称(病名)			疾患コード		
受診を希望する指定医療機関	医療機関の名称	所在地			
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(備考5,7)	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( )			
診断年月日(備考6,7)	年 月 日	軽症高額の基準を満たした日の翌日(軽症者特例の申請をしない場合は記載不要)(備考7)	年 月 日		
自己負担上限額の特例(該当する場合は「○」を付けてください。)	人工呼吸器等装着	患者と同じ医療保険上の世帯内にいる者のうち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者(該当がある場合のみ記載)	医療費助成制度	受給者番号	氏名
	高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		
	軽症者特例		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		
	重症患者認定		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		

裏面も記載してください。

保健所使用欄				保健所		保健医療課	
保健所名							
申請受理日							
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無				
非課税・課税[ ]	コード						
<input type="checkbox"/> 疾患追加変更 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 階層 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 按分	コード	→					
マイナンバー連携	有・無						

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。  
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。  
 3 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続きに係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。  
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。  
 5 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（臨床調査個人票に記載された診断年月日）若しくは軽症高額の基準を満たした日の翌日又は申請日から1か月前の日（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か月前の日）のいずれか遅い日まで遡ることとします。そのため、申請日にかかわらず、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。  
 6 「診断年月日」は、臨床調査個人票に記載された診断年月日を記載してください。  
 7 「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」、「診断年月日」及び「軽症高額の基準を満たした日の翌日」は、更新申請の場合、原則記載不要です。

**支給認定基準世帯員（世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方）**

「市町村名」欄には、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。ただし、更新申請の場合は、申請日にかかわらず、本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。

※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。

氏名	続柄	市町村名	氏名	続柄	市町村名
フリガナ 氏名	本人		/		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		
フリガナ 氏名			フリガナ 氏名		
生年月日： 年 月 日			生年月日： 年 月 日		
個人番号			個人番号		