

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・転入）

受診者／要支援者	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名		歳	T S H R	年 月 日
	個人番号				
	住所	〒		電話番号	
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との関係	
保険種別		記号・番号			
被保険者証発行機関名					
所在地					
病名					
自己負担上限額の特例等（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	軽症者特例			
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者又は申請中の者 ※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑（受給者証の写し等を添付）。			氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
			氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） ※書ききれない場合は裏面にも記載欄あり	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名			所在地	
受給者番号（※1）					
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（※2、※3）	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 []			
登録者証申請（※4）	申請する ・ 申請しない ・ 発効済（発効自治体名： ）				
私は、上記のとおり申請します。 申請者氏名 (受診者／要支援者) 令和 年 月 日 高知県知事 様				受付印	

裏面もご覧ください。

- ※1 更新又は変更の方のみ記入。
- ※2 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。
- ※3 更新の場合は、原則、記入不要。
- ※4 「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共機関が、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。

※表面から続く 受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む）	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所在地

○受診者／要支援者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者／要支援者に代わって申請する場合のみ記載してください。

申請者	フリガナ	受診者／要支援者との関係	電話番号
	氏名		
	個人番号		
	住所	〒	

○書類等を受診者／要支援者（保護者）以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者／要支援者（保護者）の方に送付します。

送付先の方の氏名	フリガナ	受診者／要支援者との関係
住所	〒	電話番号

※申請受付機関記載欄	
番号確認	番号カード・通知カード・住民票（個人番号付）
身元確認	1点：番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点：医療保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書 その他（ ）
確認者	