別紙様式第１号（表面）

市立函館 保健所　保健所ｺｰﾄﾞ　３７

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

申請区分	□新規申請 （□軽症者特例） □更新申請 （□軽症者特例）	疾病名（疾病番号）　（　　）	
		受給者番号　（□他疾病による認定［受給者番号：　　］）	
		自己負担上限額の特例　□人工呼吸器装着者　□高額かつ長期　□世帯按分	
	□変更　（自己負担上限額変更）　□転入　（転入日　年　月　日）		

患者	フリガナ		個人番号（マイナンバー）　（12桁）	
	氏　名			
	生年月日	年　月　日（　歳）	１月１日時点に居住していた市町村	□住所と同じ □　市町村
	住　所	（〒　－　）　（電話　－　－　）※日中に繋がる電話番号を記載してください。		

保険種別（生保併用の場合は複数チェック）	保険者名	保険証の記号・番号
□国 保　□生 保	□＿＿＿＿＿＿（市町村等の名称）	（記号）後期高齢以外
□被用者（本人・家族）	□全国健康保険協会北海道支部　□＿＿＿＿＿＿	
□国保組合（本人・家族）	□＿＿＿＿＿＿国民健康保険組合	（番号）
□後期高齢 → 保険証の記号なし	□北海道後期高齢者医療広域連合 □	

医療費助成の開始日

医療費助成の開始日は、①申請書類を受理した日から１か月前の日、または②指定医が重症度分類を満たしていると判断した日（臨床調査個人票に記載された「診断年月日」）のいずれか後の日まで遡ることができます。

なお、申請までに時間を要したやむを得ない理由がある場合は、③申請書類を受理した日から最長３か月前の日、または②のいずれか後の日まで遡ることが出来ます。ただし、いずれの場合も令和５年10月１日より前の日に遡ることはできません。　※３

【申請までに時間を要した理由】　（該当するものに☑）
- □　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［　　］

申請者

北海道知事　様

私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。

年　月　日　申請者氏名　（署名）

裏面もご確認ください

続柄	□本人 □保護者（患者が18歳未満） □代理人（裏面委任状の記載が必要です）	住所	（〒　－　）※患者と住所が異なる場合は、記載してください。

連絡先

認定結果は、原則として申請者あてに連絡しますが、申請者以外の方へ連絡する必要がある場合は、次の欄に連絡先をご記入ください。　※審査状況などの連絡・通知は行いません。

フリガナ		住　所	電話番号	申請者との関係
氏　名		（〒　－　）		

保健所等記入欄

収　受　印

消印日：　年　月　日

【新規及び更新申請の添付資料】
- □臨床調査個人票　□世帯調書　□世帯全員の住民票　□健康保険証の写し
- □市町村民税（非）課税証明書等の所得状況が確認できる書類　□同意書
- □世帯内に他に指定難病等又は小児慢性特定疾病の受給者がいることを証明する書類
- □高額かつ長期又は軽症者特例に該当することを確認するために必要な領収書等

臨床調査個人票の添付資料：　有　［　　］・無

自己負担区分：［ 生保 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ］

自己負担区分：［ 高長 ・ 人工 ・ 按分 ］　［按分後の自己負担上限額　　円］

審査結果記入欄：□認定（重症）　□認定（軽症高額）　□非該当

助成開始日	整理番号	
年　月　日		

※１　「申請区分」～「申請者」欄の該当する□にチェックしてください。
※２　患者名及び個人番号（すでに個人番号の提出がある場合は、記載は不要です。）、住所、保険種別、申請者の記入は必須です。
※３　新規申請及び、軽症者特例申請のみを対象とします。軽症者特例による申請の場合の医療費助成の開始日は、①または、軽症高額基準を満たした日の翌日のいずれか後の日まで遡ることができます。なお、申請に時間を要したやむを得ない理由がある場合は、申請書類を受理した日から最長３か月前の日、または②のいずれか後の日まで遡ることができます。

別記様式第１号（裏面）

受診する医療機関等 ・病院 ・診療所 ・薬局 ・訪問看護事業者等	医　療　機　関　名		所　在　地
	□追加 □削除		
	□追加 □削除		
	□追加 □削除		

【指定難病に係る医療費助成申請における臨床調査個人票の研究等への利用についての同意書】

私は、指定難病等の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が指定難病等の治療研究事業等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

氏名のご記入をお願いします。

※　同意しない場合は記入不要です。この場合、申請者の臨床調査個人票の情報は、研究等に利用されません。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　患者が18歳未満の場合に、保護者の氏名を記入願います。

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　申請手続きを委任している場合に、代理人氏名を記入願います。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省又は北海道において、当該疾患の治療研究のための基礎資料として使用することとしています。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護を十分に配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用するに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。

※提出のみの代行の場合は不要です。

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名を確認できる身分証明書等のコピーを同封してください。

委任状

北海道知事　様

年　　月　　日　　委任者（患者又は保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）支給認定申請に関する権限を委任します。

代理人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）　委任者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

（〒　　－　　）　　電話番号（　　－　　－　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿