

特定医療費（指定難病）支給認定
 登録者証（指定難病）申請書

下記のいずれかに○をしてください。

新規 ・ 更新 ・ 変更

センター受付印欄

受診者 ／ 要 支 援 者	受給者番号（※1）		個人番号（マイナンバー）											
	病名等 （複数の場合は 括弧内に記入）		告示番号：		病名：									
	フリガナ										年齢	生年月日		
	氏名										歳	大・昭・平・令 年 月 日		
	住民票上の 住所 （送付先が 異なる場合は 括弧内に記入）		〒（ — ）		石川県		電話番号（ — — ）							
加入 医療保険		保険 種別	国保・国組・後期・社保本人・社保家族						記号・番号 (被保険者番号)					
		被保険者証 発行機関名								保険者番号				
保 護 者 （受診者等が18歳未満 の場合のみ記入）		フリガナ								受診者等との 関係(続柄)				
		氏名												
国保 社保		個人番号												
		住 所 (受診者本人の住所と 異なる場合のみ記入)		〒（ — ）		電話番号（ — — ）								
自己負担上限額等に係る特例（該当するものに☑をしてください。）														
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（高額難病治療継続者）				<input type="checkbox"/> 軽症者特例（軽症かつ高額）								
受診者本人と同一の支給認定世帯に属する者かつ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（又は申請中の）者				有（ 名 ） ・ 無										
				※ 有の場合は、該当者の受給者証（又は申請書）の写しを添付した上で支給認定基準世帯員の一覧（裏面）にも必ず記入してください。										
受診者本人（又は保護者）の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当などの受給（市町村民税非課税世帯の方のみ記入）				有 ・ 無										
				※ 有の場合は、金額が確認できるものを添付してください。添付がない場合、正しく本人年収の確認ができないため、B2（低所得Ⅱ）の階層区分になります。										
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 （臨床調査個人票に記載の「診断年月日」等）		令和 年 月 日		【上記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、その理由】 <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（※3）		申請する ・ 申請しない ・ 発効済（発効自治体名： ） ・ 備考（ ）												
石川県知事 殿 私は、上記のとおり、特定医療費の支給／登録者証の交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ (受診者又は保護者又は法定代理人)														

※1 受給者番号については、更新又は変更の場合のみ記入してください。

※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（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。更新の場合は、原則、記入不要。

※3 「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る。

● 裏面も必ず記入してください。

支給認定基準世帯員（受診者と同一の医療保険に加入している者）

※ 世帯の範囲を確認するために必要ですので、受診者と同一の医療保険に加入している者を同居・別居を問わず全員記入してください。

支給認定世帯に属する者		受診者との関係(続柄)	医療保険の種別	(社会保険の場合のみ記入)	指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給の有無(※4)
受診者氏名		本人	国保/国組 ・ 後期高齢 ・ 社会保険	被保険者 ・ 被扶養者	有 小慢(受給者番号) ・ 無
1	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※5) 住所(※6)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
2	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※5) 住所(※6)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
3	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※5) 住所(※6)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無
4	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 個人番号(※5) 住所(※6)			被保険者 ・ 被扶養者	有 1 難病(受給者番号) 2 小慢(受給者番号) ・ 無

受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む。）

※ 難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）に基づく指定医療機関を記入してください。（最大5件）

指定医療機関名	所在地	指定医療機関名	所在地
		当欄に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が 難病法に基づく指定医療機関であれば 医療費助成を受けることができます。	

提出者が受診者又は保護者と異なる場合	氏名 住所 TEL (— —)	受診者との関係(続柄)				※ センター押印欄			
		受付者	身元確認	番号確認	代理権確認				

- ※4 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給が「有」の者については、当該者の受給者証の写しを添付すること。
- ※5 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者、後期高齢者医療保険の場合は受診者と同じ住民票上で後期高齢者医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付すること。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付すること。
- ※6 支給認定基準世帯員の住所については、受診者本人の住所と異なる場合のみ記入してください。