

県単独指定難病の医療給付に係る支給認定申請書

新規 更新

(宛先) 埼玉県知事

年 月 日

【申請者：患者本人又は保護者（患者が 18 歳未満の場合）の記名】

個人情報等に係る同意事項（裏面）に同意したうえで、支給認定を申請します。

| | | | |
|------------------------------|--|--------|--|
| 申請者名 (患者が 18 歳未満の場合は保護者名) | | 患者との続柄 | |
|------------------------------|--|--------|--|

◎患者に関する事項

| | | | |
|-----------------------|--------|-------|--|
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 氏 名 | | | |
| 日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可) | | | |
| 健 康 保 険 | フリガナ | | 患者との続柄 |
| | 被保険者氏名 | | 記号・番号 (後期高齢者医療 広域連合の場合は 被保険者番号) |
| | 保険者名 | | |

◎保護者に関する事項(保護者が申請する場合のみ記入)

| | | | |
|-----------------------|---|---|--|
| 住 所 | 〒 | <input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合、チェックしていた できれば <u>居住地</u> の記載を省略できます。 | |
| フリガナ | | 患者との続柄 | |
| 氏 名 | | | |
| 日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可) | | | |

◎送付先に関する事項(申請者の居住地以外に医療受給者証等の書類送付を希望する場合のみ記入)

| | | | |
|-----------------------|---|--------|--|
| 住 所 | 〒 | | |
| フリガナ | | 患者との続柄 | |
| 氏 名 | | | |
| 日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可) | | | |

◎県単独指定難病に関する事項(複数疾患の支給認定を受けている場合は①以外の病名を②～④に記入)

| | | | | |
|------------------|--|--|-----|--|
| 病名 | ① | | ③ | |
| | ② | | ④ | |
| 特例事項 (該当項目に✓) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器、体外式補助人工心臓(ペースメーカーではありません。)を常時装着 (注) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。(継続認定された方のみ対象) | | | |
| 受診を希望する医療機関 | 名称 | | 所在地 | |

(注) 所定様式の証明書を添付してください。証明された事項が認定基準に適合するか審査をします。

◎支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入している方）等に関する事項

- ・患者と同じ健康保険に加入する方全員を記入してください。

| 氏名 | 患者との続柄 | 生年月日 | 氏名 | 患者との続柄 | 生年月日 |
|----|--------|-----------|----|--------|-----------|
| | | 明 大 昭 平 令 | | | 明 大 昭 平 令 |
| | | | | | |
| | | 明 大 昭 平 令 | | | 明 大 昭 平 令 |
| | | | | | |
| | | 明 大 昭 平 令 | | | 明 大 昭 平 令 |
| | | | | | |
| | | 明 大 昭 平 令 | | | 明 大 昭 平 令 |
| | | | | | |

(注) 太枠内の方に課税されている年間の市町村民税所得割額の合計が 251,000 円以上であり、自己負担上限月額が最高額になることを承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。承諾する場合は、以下に御記名ください。

自己負担上限月額が最高額になることを承諾し、市町村民税所得割額等を証明する書類は提出しません。

申請者名：

◎個人情報等に係る同意事項（申請前に必ずご確認ください。）

私は、本申請（申請書、臨床調査個人票等の添付書類）に基づく調査結果等及び個人情報を、

1. 治療研究基礎資料として厚生労働省及び埼玉県に提供すること。
 2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関わる目的に使用すること。
 3. 国、地方自治体、保険者等の関係機関に医療給付に関わる事項の照会を行い、回答を得ること。
- に同意した上で、指定難病の医療給付を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

※ 本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に関わる目的以外に使用する事はありません。