

階層（ 生・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位 ）
（第1面） 軽症者特例・一般・高額・人工呼吸器等・按分

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書及び指定難病登録者証交付申請書
（指定難病の医療給付に係る支給認定については該当するものに必ずチェック）

新規 更新 転入

令和 年 月 日

（宛先） 埼玉県知事
個人情報等に係る同意事項（第2面）に同意した上で、
下記のとおり支給認定等を受けたいので申請します。

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| 申請者名 （患者（要支援者）が 18歳未満の場合は 保護者名） | | 患者（要 支援者） との続柄 | |
|--|--|----------------------|--|

1-1 患者（要支援者）に関する事項

※現に支給認定を受けている方のみ公費負担番号と受給者番号を記入

| | | | |
|----------|-------------|--|-------------------------|
| 公費負担者番号※ | | 受給者番号※ | |
| 居住地 | 〒 | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 電話番号 | ① () ② () | | |
| 加入健康保険 | 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 医療被保険者 の場合は被保 険者番号） | |
| | 保険者名称 | | |

1-2 保護者に関する事項（患者（要支援者）が18歳未満であり、保護者が申請する場合のみ記入）

| | | | |
|------|-------------|--|--|
| 居住地 | 〒 | <input type="checkbox"/> ←患者（要支援者）と同住所の場合、 チェックしていただければ居住地の記載を省 略できます。 | |
| フリガナ | | 患者（要支 援者）との続柄 | |
| 氏名 | | | |
| 電話番号 | ① () ② () | | |

1-3 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）

| | | | |
|------|-------------|------------------|--|
| 居住地 | 〒 | | |
| フリガナ | | 患者（要支 援者）との続柄 | |
| 氏名 | | | |
| 電話番号 | ① () ② () | | |

2 指定難病に関する事項

| | | | | |
|----------------------------|---|--|--------------------------------------|--|
| 病名 （複数ある場合は 全て記入） | 1 | | 3 | |
| | 2 | | 4 | |
| 特例事項 （該当する場合 のみチェック） | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。 | | <input type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。 | |
| | <input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。 | | | |
| 受診を希望する 指定医療機関※ | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」と記載されます。

3 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）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太枠内に記入してください。

・指定難病・小児慢性の支給認定状況欄には、指定難病もしくは小児慢性の医療給付に係る支給認定を受けた患者に該当する場合、又は支給認定の申請中である場合のみ○を付けてください。

| フリガナ 氏名 | 生年月日 | 患者との続柄 | 指定難病・小児慢性の 支給認定状況 (○を付けた場合は右欄も記入) | 受給者番号 (申請中の場合は 「申請中」と記入) |
|-------------|--------------------|-----------|---|--------------------------------|
| 患者本人 | | 本人 | 小児慢性 | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 指定難病 ・ 小児慢性 | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 指定難病 ・ 小児慢性 | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 指定難病 ・ 小児慢性 | |
| | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | | 指定難病 ・ 小児慢性 | |

(注) 自己負担上限月額が最高額になることを申請者が承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。

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。

申請者氏名 _____

4 指定難病医療給付の開始時期に関する事項 ※新規で申請される方のみ記入

医療費助成の開始日として希望する年月日

年 月 日

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となっている理由
(希望する日が申請日から1か月以上前となっている場合は、必ず下記にチェックをしてください。)

- ①臨床調査個人票の受領に時間を要したため
- ②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
- ③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
- ④その他

()
※ 申請日からの遡りの期間は、診断日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断日から1月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

5 指定難病登録者証に係る事項

指定難病登録者証について、

- 申請する 申請しない 発行済（発行自治体 _____）

指定難病登録者証の紙での発行について、

- マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する（マイナンバー連携が困難な理由： _____）

※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ります。

6 個人情報等に係る同意事項

本申請（申請書、診断書その他の添付書類）に基づく個人情報及び調査結果等を

1. 他の都道府県又は指定都市に転居する場合に転居先の都道府県又は指定都市に引き継ぐこと
2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用すること
3. 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療給付に関する事項の照会を行い回答を得ること に同意します。

※ 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する目的以外に使用しません。

7 臨床調査個人票の研究利用に関する事項 (臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。)

私は、指定難病の医療費助成の申請(登録者証の申請)に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについて、厚生労働大臣に対して

同意する 同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

○下記のアンケートに御協力ください。該当するものにチェックをつけてください。なお、回答は任意です。
(回答いただいたアンケートの情報は、難病相談支援事業に使用します。難病対策に関する目的以外には使用しません。)

| | |
|-----------------|---|
| ①療養の状況 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 自宅療養【通院】 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 |
| | 主な通院・入院先医療機関: |
| ②医療機器等の 使用状況 | <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 人工呼吸器※1 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう |
| | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他() |
| ③身体等の状況 | 障害手帳【身体】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] 【療育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[等級:] 【精神】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] |
| | 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) |
| ④サービス利用状況 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他() |
| ⑤講演会等の案内※2 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |

※1 人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、一時的に使用する場合も含まれます。

※2 保健所から必要に応じ、難病に関する講演会等(オンライン含む)のご案内を行っております。