

- 国保組合 被用者・非
- 軽症高額該当の再申請
- (更新時)変更申請・変更届同時あり

指定難病

(表)

特定医療費支給認定申請書（新規・更新・変更・市外転入）

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者（受診者） 氏名 _____

(受診者が 18 歳未満の場合は保護者)

次のとおり、特定医療費にかかる支給認定を申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険資格情報、後期高齢者医療資格情報及び生活保護受給状況について確認されることに同意します。

受給者番号											※更新又は変更の申請の場合に記入			
疾 病 名											疾病番号			
受診者	フリガナ											生年月日	年 齢	
	氏名	(姓)								(名)	大正・昭和・平成・令和		年 月 日	歳
	住所	〒 区 名古屋市										電話番号 (日中連絡可能な番号)		
	個人番号											※新規又は市外転入の申請の場合に記入		
	加入医療保険	被保険者証の記号及び番号	(記号)					(番号)					被保険者氏名	(フリガナ) 受診者との続柄 ()
		保険者番号											保険者名称	
	生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		小児慢性特定疾病医療受給の有無					<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:) <input type="checkbox"/> 無				
未保護の場合に記入)	フリガナ											受診者との続柄		
	氏名	(姓)								(名)				
	住所	〒 区 名古屋市 電話 ()										個人番号	※新規又は市外転入の申請の場合に記入	
自己負担上限額等の特例		<input type="checkbox"/> 軽 症 高 額			<input type="checkbox"/> 高 額 か つ 長 期 (高額難病治療継続者)				<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着					

(収入に関する申し立て)

省令第8条に規定する給付は受けていません 低所得IIで認定されることを承諾します 上位所得で認定されることを承諾します

(申請者氏名) _____

受付欄	診断書	<input type="checkbox"/>	該当者のみ		階層区分 (該当階層にチェック) <input type="checkbox"/> 生活保護 (□境界層該当) <input type="checkbox"/> 低所得 I <input type="checkbox"/> 低所得 II <input type="checkbox"/> 一般所得 I <input type="checkbox"/> 一般所得 II <input type="checkbox"/> 上位所得	窓口受付印	本庁受付印
	保険証	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当証明	<input type="checkbox"/>			
	同意書	<input type="checkbox"/>	生保受給者証明書	<input type="checkbox"/>			
	研究利用同意書	<input type="checkbox"/>	境界層該当証明	<input type="checkbox"/>			
	税証明	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器証明	<input type="checkbox"/>			
	審査用添付資料		他難病患者証明	<input type="checkbox"/>			
	フィルム・CD・コピー		他小慢患者証明	<input type="checkbox"/>			
		送付先の記入あり	<input type="checkbox"/>				

(裏)

支給認定基準世帯員

(受診者と同じ医療保険に加入する者) ※受診者は記入不要。受診者が18歳未満の場合は保護者についても記入。

必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険資格情報及び後期高齢者医療資格情報について確認されることに同意します。

氏名	生年月日	受診者との続柄	個人番号 (更新又は変更の申請の場合は追加世帯員のみ記入)	医療保険等の種別 (該当するものをチェック)
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 後期高齢

	指定難病	小児慢性特定疾病
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	<input type="checkbox"/> 有 (氏名:) (受給者番号:) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (氏名:) (受給者番号:) <input type="checkbox"/> 無

指定医療機関

※特定医療を受ける指定医療機関として希望するものを記入してください。

なお、本制度の対象となる医療は、申請する疾病(指定難病)及びその疾病に起因する疾病にかかる医療に限ります。

名称	所在地
名称	所在地
名称	所在地
名称	所在地
名称	所在地
名称	所在地

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	年 月 日	【申請日より1月以上前となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要した <input type="checkbox"/> 病状の悪化等により、提出に時間を要した <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、提出に時間を要した <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------	-------	---

受給者証等の送付先について受診者住所と異なる送付先を希望する場合は、下記に送付先を記入してください。

送付先住所	〒 名古屋市 区	電話 () -
氏名		受診者との続柄

注 1 該当する□の中にレ印をつけてください。

2 支給認定の変更の申請をする場合は、受診者の氏名、住所及び電話番号、受給者番号並びに変更の必要が生じた事項並びに受診者の保護者が申請をする場合にあっては、当該保護者の氏名、住所、電話番号及び当該受診者との続柄を記入してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。