

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成26年福岡県規則第57号)新旧対照表

改正案																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
<p>様式第1号(第2条関係) (表面)</p> <p style="text-align:center">特定医療費(指定難病)支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭・平・令</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">〒</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険種別 (該当するものに○)</td> <td colspan="3">国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>被保険者証 発行機関名</td> <td colspan="3"></td> <td>被保険者証の 記号・番号</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>受給者番号 (新規の場合は記載不要)</td> <td colspan="3"></td> <td>病名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭・平・令</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="5">受診者との関係</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>住所</td> <td colspan="3">〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)</td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="3">〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td colspan="2">自己負担上限額の特例 (該当するものに□)</td> <td colspan="2">□人工呼吸器等装着(※2)</td> <td colspan="2">□高額かつ長期(※3)</td> <td colspan="4">□軽症高額該当(※4)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)</td> <td>有</td> <td colspan="4">難病(氏名)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>無</td> <td colspan="4">小児(受給者番号)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">受診を希望する指定医療機関等(※5)</td> <td>該当するものに□</td> <td colspan="13">□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)</td> <td colspan="13">所在地</td> </tr> <tr> <td>□裏面あり</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。</td> </tr> <tr> <td>①世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>②世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>③世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>④世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>⑤世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>⑥世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>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(※7)</td> <td colspan="3">年 月 日</td> <td colspan="11">【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 □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</td> </tr> <tr> <td colspan="13">私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。</td> <td colspan="2">窓口確認欄</td> </tr> <tr> <td colspan="13">申請者氏名</td> <td colspan="2">年 月 日 福岡県知事 殿</td> </tr> </table>															受診者	フリガナ				年齢	歳	生年月日	明・大・昭・平・令							氏名						年	月	日						フリガナ				住所				電話番号	— —					住所	〒						電話番号	— —					加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄											保険種別 (該当するものに○)	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()														被保険者証 発行機関名				被保険者証の 記号・番号											受給者番号 (新規の場合は記載不要)				病名										保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ				生年月日	明・大・昭・平・令							氏名						年	月	日	受診者との関係					フリガナ				住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)			電話番号	— —						住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)						電話番号	— —					自己負担上限額の特例 (該当するものに□)		□人工呼吸器等装着(※2)		□高額かつ長期(※3)		□軽症高額該当(※4)									今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)					有	難病(氏名)														無	小児(受給者番号)									受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに□	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。													指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地													□裏面あり														支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。															①世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						③世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						⑤世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						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(※7)	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 □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											私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。													窓口確認欄		申請者氏名													年 月 日 福岡県知事 殿	
受診者	フリガナ				年齢	歳	生年月日	明・大・昭・平・令																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	氏名						年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	フリガナ				住所				電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	住所	〒						電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	保険種別 (該当するものに○)	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	被保険者証 発行機関名				被保険者証の 記号・番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	受給者番号 (新規の場合は記載不要)				病名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ				生年月日	明・大・昭・平・令																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	氏名						年	月	日	受診者との関係																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	フリガナ				住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)			電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)						電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
自己負担上限額の特例 (該当するものに□)		□人工呼吸器等装着(※2)		□高額かつ長期(※3)		□軽症高額該当(※4)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)					有	難病(氏名)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
					無	小児(受給者番号)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに□	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	□裏面あり																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
①世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
③世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
⑤世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
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(※7)	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 □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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。													窓口確認欄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
申請者氏名													年 月 日 福岡県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。
★臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、裏面に署名をお願いします。

現行																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<p>様式第1号(第2条関係)</p> <p style="text-align:center">特定医療費(指定難病)支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭・平・令</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">〒</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険種別 (該当するものに○)</td> <td colspan="3">国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>被保険者証 発行機関名</td> <td colspan="3"></td> <td>被保険者証の 記号・番号</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>受給者番号 (新規の場合は記載不要)</td> <td colspan="3"></td> <td>病名</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="3">明・大・昭・平・令</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td colspan="5">受診者との関係</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>住所</td> <td colspan="3">〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)</td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="3">〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5">— —</td> </tr> <tr> <td colspan="2">自己負担上限額の特例 (該当するものに□)</td> <td colspan="2">□人工呼吸器等装着(※2)</td> <td colspan="2">□高額かつ長期(※3)</td> <td colspan="4">□軽症高額該当(※4)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)</td> <td>有</td> <td colspan="4">難病(氏名)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>無</td> <td colspan="4">小児(受給者番号)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">受診を希望する指定医療機関等(※5)</td> <td>該当するものに□</td> <td colspan="13">□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。</td> </tr> <tr> <td>指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)</td> <td colspan="13">所在地</td> </tr> <tr> <td>□裏面あり</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。</td> </tr> <tr> <td>①世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>②世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>③世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>④世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>⑤世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td>⑥世帯員 (フリガナ) 氏名</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="13">私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。</td> <td colspan="2">窓口確認欄</td> </tr> <tr> <td colspan="13">申請者氏名</td> <td colspan="2">年 月 日 福岡県知事 殿</td> </tr> </table>															受診者	フリガナ				年齢	歳	生年月日	明・大・昭・平・令							氏名						年	月	日						フリガナ				住所				電話番号	— —					住所	〒						電話番号	— —					加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄											保険種別 (該当するものに○)	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()														被保険者証 発行機関名				被保険者証の 記号・番号											受給者番号 (新規の場合は記載不要)				病名										保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ				生年月日	明・大・昭・平・令							氏名						年	月	日	受診者との関係					フリガナ				住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)			電話番号	— —						住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)						電話番号	— —					自己負担上限額の特例 (該当するものに□)		□人工呼吸器等装着(※2)		□高額かつ長期(※3)		□軽症高額該当(※4)									今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)					有	難病(氏名)														無	小児(受給者番号)									受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに□	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。													指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地													□裏面あり														支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。															①世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						③世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						⑤世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄						私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。													窓口確認欄		申請者氏名													年 月 日 福岡県知事 殿	
受診者	フリガナ				年齢	歳	生年月日	明・大・昭・平・令																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	氏名						年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	フリガナ				住所				電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	住所	〒						電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	保険種別 (該当するものに○)	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	被保険者証 発行機関名				被保険者証の 記号・番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	受給者番号 (新規の場合は記載不要)				病名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
保護者(受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ				生年月日	明・大・昭・平・令																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	氏名						年	月	日	受診者との関係																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	フリガナ				住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)			電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	住所	〒 □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は□)						電話番号	— —																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
自己負担上限額の特例 (該当するものに□)		□人工呼吸器等装着(※2)		□高額かつ長期(※3)		□軽症高額該当(※4)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしく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(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)					有	難病(氏名)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					無	小児(受給者番号)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに□	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	□裏面あり																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者〔同居、別居は問わず〕。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
①世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
③世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
⑤世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名				受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。													窓口確認欄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
申請者氏名													年 月 日 福岡県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。
★臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、裏面に署名をお願いします。

改正案

現行

(裏面)
(注意事項)

- ※1 変更は、指定医療機関、自己負担上限額(階層区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期)、指定難病の名称の変更については本様式を使用し、それ以外の変更は様式第4号特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届に記入し届出すること。また、変更が保護者や支給認定基準世帯員の変更以外の場合、別紙1「個人番号記載票」の提出は不要。
- ※2 人工呼吸器等装着とは、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活動作が著しく制限される者であり、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。
- ※3 申請日の属する月以前の12か月の間(支給認定を受けた月以後のものに限る。)に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6か月以上ある場合に記入すること(申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要)。
- ※4 病状の程度が厚生労働大臣の定める程度ではないが、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある場合に記入すること(申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要)。
- ※5 受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記載すること(申請日からその医療機関等を利用できる、記載していない指定医療機関等は医療費助成の対象にならない)。医療機関等は都道府県から難病の患者に対する医療等に関する法律の指定を受けた「指定医療機関」であること(指定の状況については、所在地の都道府県のホームページを参照するか、受付窓口、医療機関等に問い合わせること)。なお、受給者証に記載されている指定医療機関を削除したい場合、削除したい医療機関を記載して、朱書きで削除と記載すること(削除した指定医療機関は公費負担の対象から外れるため、削除は慎重に行うこと)。

表面の欄が不足する場合のみ記入してください。

	指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地
受診を希望する指定医療機関等(※5)		

※6 支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員	
国民健康保険(国保一般、退職国保)		受診者と住民票上一世帯で国保に加入している方全員	
国民健康保険組合(国保組合)		受診者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度(後期高齢)		受診者と住民票上一世帯で後期高齢に加入している方全員	
被用者保険〔全国健康保険協会(健保協会)、健康保険組合(健保組合)、共済組合(共済)、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ	
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合	→被保険者のみ
		被保険者の市町村民税が非課税の場合	→被保険者及び受診者

※7 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まで遡ることが可能(ただし、遡れるのは申請日から1か月前(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)の日日まで)。そのため、申請日にかかわらず、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すること。また、更新の場合は、原則記入不要。

<臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。>

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、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を同意します。

受診者氏名 _____

申請者氏名 _____ (患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入してください)

年 月 日 厚生労働大臣 殿

(裏面)
(注意事項)

- ※1 変更は、指定医療機関、自己負担上限額(階層区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期)、指定難病の名称の変更については本様式を使用し、それ以外の変更は様式第4号特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届に記入し届出すること。また変更が保護者や支給認定基準世帯員の変更以外の場合、別紙1「個人番号記載票」の提出は不要。
- ※2 人工呼吸器等装着とは、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活動作が著しく制限される者であり、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。
- ※3 申請日の属する月以前の12か月の間(支給認定を受けた月以後のものに限る。)に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6か月以上ある場合に記入すること(申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要)。
- ※4 病状の程度が厚生労働大臣の定める程度ではないが、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある場合に記入すること(申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要)。
- ※5 受診する、又は受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記載すること(申請日からその医療機関等を利用できます。記載していない指定医療機関等は医療費助成の対象になりません)。医療機関等は都道府県から難病の患者に対する医療等に関する法律の指定を受けた「指定医療機関」であること(指定の状況については、所在地の都道府県のホームページをご覧いただくか、受付窓口、医療機関等にお問い合わせください)。なお、受給者証に記載されている指定医療機関を削除したい場合、削除したい医療機関を記載して、朱書きで削除と記載すること(削除した指定医療機関は公費負担の対象から外れるため、削除は慎重に行うこと)。

表面の欄が不足する場合のみ記入してください。

	指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地
受診を希望する指定医療機関等(※5)		

※6 支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員	
国民健康保険(国保一般、退職国保)		受診者と住民票上一世帯で国保に加入している方全員	
国民健康保険組合(国保組合)		受診者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度(後期高齢)		受診者と住民票上一世帯で後期高齢に加入している方全員	
被用者保険〔全国健康保険協会(健保協会)、健康保険組合(健保組合)、共済組合(共済)、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ	
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合	→被保険者のみ
		被保険者の市町村民税が非課税の場合	→被保険者及び受診者

<臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。>

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、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を同意します。

受診者氏名 _____

申請者氏名 _____ (患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入してください)

年 月 日 厚生労働大臣 殿