

(様式第2号)

岡山市特定医療費(指定難病)支給認定変更申請書

岡山市長 様

(申請者)

年 月 日

フリガナ		受給者番号							
患者氏名		生年月日		年	月	日	性別	男・女	
住所	〒 - 岡山市 区								
電話番号	( ) -	日中の連絡先	□同左 ( ) -						
患者が18歳未満の場合は以下を記入									
保護者氏名		患者との続柄	父・母・その他( )						
保護者住所	〒 - 岡山市 区		□患者と同じ			保護者連絡先			

裏面記載の「申請に伴う同意事項」に同意の上、別紙関係書類を添えて下記のとおり特定医療費の変更を申請します。

(変更申請事項)該当する申請事項にチェック☑してください。

<input type="checkbox"/> 受給対象となる指定難病を(追加・変更)する ■裏面の臨床調査個人票の研究利用等に関する同意欄をご確認ください。			
指定難病名	【追加・変更前】(疾病番号又は疾病名を記入)	【変更後】(疾病番号又は疾病名を記入)	
支給認定に係る特例	<input type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する	■添付書類:自己負担上限額管理票のコピー等	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を常時、装着している	■添付書類:臨床調査個人票 ■裏面の臨床調査個人票の研究利用等に関する同意欄をご確認ください。		
<input type="checkbox"/> 高額かつ長期に該当する	■添付書類:自己負担上限額管理票のコピー等		
<input type="checkbox"/> 自己負担上限額の按分に該当する	■添付書類:按分対象者の受給者証のコピー		
	按分対象者氏名	受給区分	受給者番号(申請中の場合は申請日)
		指定難病 小児慢性	
		指定難病 小児慢性	
<input type="checkbox"/> 生活保護又は中国残留邦人等の方への支援給付を受けている( _____ 福祉事務所)			
<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の異動又は所得の増減による変更 (裏面を記入してください。)		■添付書類:世帯員増の場合は対象者の健康保険証のコピー	

(備考欄・通信欄)

(裏面へ続く)

	保健所受理日
--	--------

(支給認定基準世帯員の異動内容) 変更後の世帯員を記入してください。

※支給認定基準世帯員は患者と同じ医療保険に加入する方で、被用者保険の場合は被保険者のみ。別世帯含む。(市外含む。)

氏名	続柄	個人番号(マイナンバー)※	所得区分	金額
	本人	<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	
		<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	
		<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	
		<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	
		<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	
		<input type="checkbox"/> 変更なし	課税・非課税・生保	

※指定難病制度でマイナンバーを岡山市に提出済みの方は「変更なし」に☑チェックし、記入を省略できます。

(収入申告) 該当するものに○をつけてください。

※患者が18歳未満の場合は保護者

(1)患者本人の下記の非課税の収入(障害年金・遺族年金・その他手当等)についてお尋ねします。

ア 非課税の収入なし

イ 障害(基礎・厚生・共済)年金 / ウ 遺族(基礎・厚生・共済)年金 / エ 寡婦年金 / オ 障害手当等年金

カ 特別障害給付金 / キ 労災等による障害補償 / ク 特別児童扶養手当 / ケ 特別障害者手当

コ 障害児福祉手当 / サ 経過的福祉手当

(2)患者本人の年収についてお尋ねします。 ※年収は課税算定対象収入+(1)でお尋ねした非課税収入です。

ア 患者本人の年収は(1)でお尋ねした非課税の収入を含めて80万円を超える。

イ 患者本人の年収は(1)でお尋ねした非課税収入を含めて80万円以下である。

※支給認定基準世帯員全員が非課税の場合は、(1)でお尋ねした非課税の収入の年額の確認できる書類(振込通知書等)を提出してください。 また、年額を記入してください。 ( 円 )

(申請に伴う同意事項)

(1)自己負担上限月額の設定について

①自己負担上限月額の階層区分の設定に係る調査等について

特定医療費(指定難病)の給付を受けるにあたり、自己負担額の設定に必要な世帯状況、課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険等の医療保険加入状況・小児慢性特定疾病医療の受給状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況を岡山市が調査すること及び関係機関が岡山市へ情報提供することに同意します。

なお、このことについて世帯員全員の同意を得ています。

②支給認定基準世帯の所得状況の確認ができない場合

市町村民税に係る申告をしていない場合(未申告)・市町村民税に関する書類を提出できない場合(海外赴任等)で、市町村民税の課税額の確認ができない場合は、自己負担上限月額の階層区分が「上位所得」となることに同意します。

また、支給認定基準世帯が非課税であることの確認はできるが、本人の年収状況が確認できない場合は、自己負担上限月額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることに同意します。

(2)申請書及び臨床調査個人票の活用について

岡山市が申請書内容及び申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)について、患者の方が良質かつ適切な医療を受けられるよう、岡山市の研究事業その他難病患者の支援のための基礎資料として使用することに同意します。

○臨床調査個人票の研究利用等に関する同意(厚生労働省)

別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」の内容を確認の上、提出した臨床調査個人票が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に同意する場合は、記名をお願いします。

(受給者・申請者氏名)