（様式第1号）

	多	軽	人	高	按	生

岡山市特定医療費(指定難病)支給認定申請書[新規 ・ 更新]

岡山市長 様

年　　月　　日

1 申請者

フリガナ		受給者番号（更新の方）				
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（　）　－			
加入医療保険	保険者名称	□コピーのとおり				
	フリガナ 被保険者氏名	□患者本人	記号	□コピーのとおり	番号	□コピーのとおり
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	〒　－　□患者と同じ 岡山市　区	保護者連絡先	□患者と同じ （　）　－			

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支給を申請します。

2 病名等の情報

指定難病名	（疾病番号又は疾病名を記入）		
下記の特例に該当する方は□にチェック☑し、添付資料を提出してください。			
支給認定に係る特例	□ ①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	
自己負担上限額の特例	□ ②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	
	□ ③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	
	□ ④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	
	□ ⑤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）		

3 主な指定医療機関 ※難病法による指定医療機関であれば、記載以外の指定医療機関でも支給対象となります。

種 別	名 称（支店名までご記入ください）	更新の方	所 在 地
病 院		□変更無し	
薬 局	薬局　店	□変更無し	
訪問看護		□変更無し	

4 備考欄・通信欄　　**（裏面へ続く）**

	臨個	軽症	人工	高額	按分	生保	保険	その他

保健所受理日

5 支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入する方)※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	□変更なし	課税・非課税・生保	
		□変更なし	課税・非課税・生保	
		□変更なし	課税・非課税・生保	
		□変更なし	課税・非課税・生保	
		□変更なし	課税・非課税・生保	
		□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。

6 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)

7 申請に伴う同意事項

(1)自己負担上限月額の決定について

①自己負担上限月額の階層区分の決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、自己負担額の決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

岡山市が申請書の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)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8 生活状況(現在の状況で該当する項目に○をつけてください。)

社会活動	1 就労　2 就学　3 家事労働　4 在宅療養　5 入院　6 入所　7 その他(　　)
医療処置	1 なし　2 経管栄養(胃ろう・鼻腔栄養など)　3 酸素療法　4 人工呼吸器　5 透析　6 その他(　　)