

(様式第3号)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(軽症高額該当再申請用)

岡山県知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律施行令第2条に該当するので、次のとおり申請します。

1 申請者

年 月 日

フリガナ		病 名	
患者氏名			
住 所	〒 -		
電話番号	() -	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
※患者が18歳未満の場合又は法定代理人(弁護士等)が申請する場合は、以下の記入が必要です。			
保護者等 氏 名		患者との 続柄	父・母・その他()
保護者等 住 所	<input type="checkbox"/> 患者と同じ 〒 -	保護者等 連絡先	<input type="checkbox"/> 患者と同じ () -

2 申請内容

不認定の通知が届いた日 ※不認定通知書のコピーを添付してください。	年 月 日	
指定難病に係る医療費総額	33,330円を満した月	医療費総額(10割分)
	年 月	円
	年 月	円
	年 月	円
医療費の添付書類(①~③のいずれか)	<input type="checkbox"/> ①自己負担額管理票(受給者証)のコピー	
	<input type="checkbox"/> ②医療費申告書と領収書のコピー	
	<input type="checkbox"/> ③医療機関が作成する医療費管理票	

3 郵便物の送付先に別住所を希望する場合のみご記入ください。 ※宛名もご記入ください。

〒 -	←今後もこの住所 への送付を希望し ます	<input type="checkbox"/>
-----	----------------------------	--------------------------

4 申請書の提出までに時間を要した特別の事情

特別の事情がある場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> → 申立書の提出が必要です。

5 登録者証

受給者証を発行する際は、原則として、市区町村やハローワークの窓口で指定難病の患者であることを証明する登録者証を兼ねた証を発行します。登録者証が不要の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> → 登録者証不要
--

以下、記入不要

審査結果		
合 格	不 合 格	保 留

保健所受付印欄

注1 この申請書は、軽症者として不認定になった場合で、不認定通知到着後12か月以内に申請する場合のみ使用できます。
注2 当初の申請から医療保険や支給認定基準世帯員等に変更がある場合は、裏面も記入してください。

※変更がある項目のみ記入してください。

① 加入医療保険(保険証)

保険者名 (生保併用の場合は複数)		被保険者氏名 (国保・国保組合・後期高齢の場合は、本人)		添付書類等
保険者番号		被保険者 記号・番号・枝番		保険証の コピー

② 自己負担上限額の減額(該当する場合、を付けて必要事項を記入してください。)

同じ医療保険上の世帯における、指定難病又は小児慢性特定疾病の方との按分	<input type="checkbox"/>	按分相手			添付書類等 按分相手の 受給者証の写し
		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
			氏名		
		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
氏名					

③ 支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入する方)

氏名	続柄 (患者からみて)	保健所記入欄 (記入しないでください。)	
		区分	金額
	本人	生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
		生保・非課税・課税	
合計額			

④ 収入申告(市町村民税が非課税の世帯の患者は、以下を記載してください。)

記載がない場合や、本人年収等(①~③の合計額)が80万円を超えた場合、低所得Ⅱの認定になります。

本人 年 収 等	①市町村民税非課税証明書の合計所得金額	[年間総額 ①	円]	
	②公的年金等収入金額	[年間総額 ②	円]	
	③その他収入金額 ⇒その他収入の有無をチェックしてください	<input type="checkbox"/> 有	障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当等 ⇒添付資料:収入額(受給額)のわかる書類の写し	
		<input type="checkbox"/> 無	[年間総額 ③	円]
	①~③の合計額		[合計	円]
<input type="checkbox"/>	私は、本人年収等(患者が18歳未満の場合は、その保護者いずれか)が80万円超のため、「低所得Ⅱ(自己負担上限月額5,000円)」に該当します。			
<input type="checkbox"/>	私は、本人年収等(患者が18歳未満の場合は、その保護者いずれも)が80万円以下のため、「低所得Ⅰ(自己負担上限月額2,500円)」の認定を希望します。			