

特定医療費（指定難病）支給認定（新規・再認定・変更）／登録者証（指定難病）申請書（様式第1号）

※ 登録者証のみ申請する場合は、太枠内のみ記入してください。

申請種別	新規・転入・軽症者特例・副疾患追加・保険変更・高額かつ長期・変更その他（ ）・更新 / 登録者証											
病名	〔指定難病 告示番号 〕											
受給者番号												(新規申請者の受給者番号は記入不要)

● 受診者/要支援者に関する事項

フリガナ												生年月日
氏名												大・昭 平・令 年 月 日
個人番号												( ) 歳
住所	〒											電話

● 保護者に関する事項（受診者/要支援者が18歳未満の場合に記載してください。）

フリガナ												受診者/要支援者 との続柄
氏名												
個人番号												
住所	〒											電話

● 医療保険に関する事項

現在の保険	保険種別	後期高齢 ・ 国保（一般・退職） ・ 国保組合 ・ 社保（本人・家族）										
保険者						被保険者 氏名						続柄
保険者 番号	記号			番号						枝番		
変更後の保険 (保険変更のみ記入)	保険種別	後期高齢 ・ 国保（一般・退職） ・ 国保組合 ・ 社保（本人・家族）										
保険者						被保険者 氏名						続柄
保険者 番号	記号			番号						枝番		

● 世帯状況等に関する事項（同じ医療保険に加入している方を記入してください。）

											世帯員変更	有・無
氏名	続柄	生年月日	難病・小児慢性特定医療の有無 ※1								申請年の1月1日時点 の住民登録地 ※2	
受診者	本人	/	個人番号 ※申請年の1月1日時点の住民登録地が仙台市の場合は記入不要です。		人工呼吸器装着（24時間常時装着） 有・無						住民登録地が市外の場合 市・区 町・村	
			小慢	受給者番号（ ）								
(フリガナ)		大・昭・平・令	難病・小慢	受給者番号（ ）								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令	難病・小慢	受給者番号（ ）								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令	難病・小慢	受給者番号（ ）								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令	難病・小慢	受給者番号（ ）								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令	難病・小慢	受給者番号（ ）								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村

※1 指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方は、難病・小慢欄を○で囲み、その受給者番号を記載してください。（申請中の場合は「申請中」と記載してください。）

※2 申請年の1月1日時点での住民登録地が仙台市外の方は、都道府県及び市区町村名を記載してください。（申請する月が1月～6月の場合は、申請年の前年の1月1日時点の住民登録地で判断）

● 受診を希望する指定医療機関（主に受診する医療機関1ヵ所を記載してください。）

指定医療機関名	所在地
認定となった場合、上記の指定医療機関の他、各都道府県または政令指定都市で指定する難病指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護事業所）で受給者証が使用できます。ただし、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限ります。	

裏面へ続く

● 受診者の収入状況等に関する事項

※受診者が18歳未満の場合は保護者

受診者が非課税年金・手当等を受給している場合は「有」に、受給していない場合は「無」に○をつけてください。	受給の有無	有・無
「有」の場合、以下の中から該当する種類にチェックし、受給額を記載してください。		
<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害共済年金◆ <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金◆ <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他 ( )	前年の1月～12月の受給額※	
	合計	円

※申請する月が1月～6月の場合は、前々年の1月～12月の受給額

◆障害共済年金・遺族共済年金を受給している場合、受給先をチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 地方職員共済組合	<input type="checkbox"/> 公立学校共済組合	<input type="checkbox"/> 警察共済組合
<input type="checkbox"/> 東京都職員共済組合	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会	<input type="checkbox"/> 全国市町村職員共済組合連合会
<input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団	<input type="checkbox"/> 地方職員共済組合団体共済部	

● 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 ※3

令和 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】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------	--

※3 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を満した日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から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）の同じ日）まで遡ることが可能ですので、申請日に関わらず、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してください。ただし、更新の場合は原則記載不要です。

● 登録者証に関する事項 ※登録者証のみ申請する場合は、太枠内のみ記入してください。詳細につきましてはホームページをご覧ください。

登録者証申請	申請する	・	申請しない	・	発効済（発効自治体名： )
交付種別	マイナンバー情報連携 (マイナンバーカードを持っている)	・	マイナンバー情報連携と紙交付 (マイナンバーカードを持っている)	・	紙交付 (マイナンバーカードを持っていない)

(同意しない項目は、二重線で消してください。)

(あて先) 厚生労働大臣

私は、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

(あて先) 仙台市長

私は、本申請書に記載した情報のうち、受診者及び保護者の住所、氏名について自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送する等その目的に必要な範囲内で仙台市が情報を利用することに同意します。

- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、特定医療費の支給認定を申請します。
- 登録者証を申請します。

令和 年 月 日

受診者/要支援者  
申請者氏名

(申請者は、18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者/要支援者です。)

一 仙台市処理欄 一

区・総合支所収受印	ウェルポート収受印	添付書類	共通	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 医療費申告書 <input type="checkbox"/> 上限額管理票
			税証明	<input type="checkbox"/> 社保非課税 <input type="checkbox"/> 国保組合 ( 人) <input type="checkbox"/> 無収入証明書
			非課税収入	<input type="checkbox"/> 年金振込通知書 等 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ確認書
			その他	<input type="checkbox"/> 他市区町村税証明 <input type="checkbox"/> 上位所得確認書 <input type="checkbox"/> 保険同意書 <input type="checkbox"/> 保護証明 <input type="checkbox"/> 領収書(軽特) <input type="checkbox"/> 按分受給者証写し
窓口受付	ウェルポート 処理欄		登録者証	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票    ※3つのうちいずれか <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 不認定通知書 (診断基準を満たしているもの)

審査欄	<input type="checkbox"/> 所得割額	合計	旧	適用区分	階層区分	負担上限月額	高長 按分 人呼 円	階層変更に伴う 有効期間の開始日
	<input type="checkbox"/> 収入額		新					
	<input type="checkbox"/> 生活保護	円						