

特定医療費(指定難病)支給認定変更申請書

岡山県知事 殿

私は、下記の「申請にあたっての同意事項」に同意の上、特定医療費の支給を申請します。

厚生労働大臣 殿

臨床調査個人票情報の研究等への利用の同意については、下記に記載のとおりです。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

1 申請者			
フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
患者氏名		年齢 歳	受給者番号
住所	〒 -	電話番号 日中の連絡先	(患者以外の番号の場合は氏名と続柄も記入) 氏名: 続柄:
※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 電話番号

2 変更事項			添付書類
(1) 受給対象となる 指定難病の [追加・変更]	<input type="checkbox"/>	変更前 変更後	臨床調査個人票
(2) 軽症高額該当	<input type="checkbox"/>	この申請書を提出した日の属する月以前の12か月の間に、上記の指定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回以上あった。	以下①～③のいずれか
(3) 高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	この申請書を提出した日の属する月以前の12ヶ月の間に、支給認定を受けた疾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回以上あった。 (年 月)(年 月)(年 月)(年 月)(年 月)(年 月)	①自己負担額管理票(受給者証)の写し ②医療費申告書と領収書のコピー ③医療費管理票
(4) 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	指定難病により人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を1日中使用していて、日常生活全般において介助の必要な方	臨床調査個人票

3 申請にあたっての同意事項	
診断書の内容等の照会についての同意	提出した臨床調査個人票及び領収書等の記載内容に疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用することに同意します。
審査結果提供についての同意	審査結果については、必要に応じて臨床調査個人票を記載した医師の勤務する医療機関に対して情報を提供することに同意します。

4 臨床調査個人票情報の研究等への利用について(臨床調査個人票の提出がある方は記入が必要です。)	
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ついては、下記のとおりです。 ※詳細については、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」をご覧ください。	
臨床調査個人票情報の研究等への利用に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※チェックがない場合は、同意されたものとみなします。	

個人情報への使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、上記以外の目的に使用されることは一切ありません。

5 疾病の追加・変更の申請について、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。

以下、記入不要

審査結果			
合格	不合格	保留	軽症

診断年月日	
-------	--

保健所受付印欄
