

備考 1 「申請区分」及び「加入している医療保険の保険種別」については該当するものを○で囲むこと。

2 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（軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日）又は申請日の1箇月前（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箇月前）の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能であるので、「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」については、申請日にかかわらず、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すること。

県 記 入 欄	A生保 ・ B1低Ⅰ ・ B2低Ⅱ ・ C1一般Ⅰ ・ C2一般Ⅱ ・ D上位					一次判定		一次審査		二次審査	
	人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 軽症高額 ・ 多群 ・ 同一世帯							適	否	適	否
	公的年金等収入額(A)	合計所得金額(B)	障害年金等の額(C)	(A) + (B) + (C)	本人確認者	☐	適				
			□書類添付なし			☐	軽症高額				
					☐	要審査					

世帯について（受診者と同一の医療保険に加入している者）

氏名及び個人番号 *フリガナをご記入ください		受診者 との 続柄	職業又は 就学の 状況等	生年 月日	特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定 疾病医療費の支給認定又は申請の状況
		本人		T S H R 年 月 日	
				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （ 受 給 者 番 号： ） 申請中（病 名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）
個人番号				T S H R 年 月 日	認定有（特定医療費・小児慢性特定疾病医療費） （受給者番号： ） 申請中（病名： ）

受診者の 保護者 （ 受診者が 18歳未満 の場合に 記入する こと ）	フリガナ											受診者との続柄	
	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所 （受診者と同じ場合は 記入不要）	（〒 — — ） （電話番号： — — ） （日中連絡が取れる電話番号： — — ）											

備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。
2 「特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は申請の状況」の欄については、該当するものを○で囲むこと。また、「認定有」を○で囲んだ場合には、（ ）の認定の医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「申請中」を○で囲んだ場合は病名を記入すること。

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄にチェックを記入してください。	☐ 秘匿を希望する
--	----------------------------------

【臨床調査個人票情報の研究等への利用について】

臨床調査個人票情報の研究等への利用について、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明（以下「別添説明書」という）」をお読みいただき、同意する場合は以下に署名をお願いします。

私は、別添説明書を読み、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。

令和 年 月 日

受診者又は代理人 氏名 _____

※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで署名してください。

厚生労働大臣 殿