

## 特定疾患医療受給者証交付申請書

申請種別	新規・転入( )	県・市	重症申請の有無	有・無	患者負担区分	—		
他疾患における受給の有無	有・無	有 の 提 (29・A・重)	番号		(受付窓口記入欄)			
公費負担者番号(記入不要)		受給者番号(記入不要)		承認期間(記入不要)				
2 8 6 0				. . ~ . .				
受給者	フリガナ 氏名				生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男・女
	住所	(TEL — — )						
	加入医療保険	フリガナ 被保険者氏名				受給者との続柄		
	加入医療保険者	加入医療保険者		被保険者証の記号番号				
保険種別	協管	健組	日雇特例	船員	共済	国保(一般・退職・組合)	後期高齢	
受療医療機関	① 臨床調査 個人票	名称			TEL			
		所在地	〒					
	② 承諾書	名称			TEL			
		所在地	〒					
生計中心者 (裏注1)	フリガナ 氏名				所得税額*	円		
		(受付窓口記入欄)						
	生計中心者が前年(1~6月の申請は前々年)に税制上扶養していた親族のうち、前年(前々年)12月31日時点で0歳から15歳の方および16歳から18歳の方それぞれの人数を記載願います。	0~15歳	名	16~18歳	名			
住所	〒 — (TEL — — )			受給者との続柄				
<input type="checkbox"/> 受給者に同じ(受給者と同じ場合は口にチェックを付してください)								
生計中心者の前年(1~6月の申請は前々年)所得課税年額が70,001円以上であると自己申告した方、あるいは、G-①でかまわないので、所得を証明する書類を提出されない方について								
<input type="checkbox"/> 患者負担区分がG-①でかまわない旨了承します。 氏名 _____								
※口にチェックをつけ、記名してください。								
今回申請する受給者以外に同一生計内で受給者証の交付を受けている者の有無(裏注2)					有・無	どちらかを○で囲んで下さい		
有の場合	氏名	受給者番号						
上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用(裏面参照)について同意し、医療受給者証の交付を申請します。								
兵庫県知事様				令和 年 月 日				
申請者		住所 (〒 — )						
				(電話 — — )				
氏名				(受給者との続柄: )				
備考欄	送付先: 保健所受取・受給者住所・申請者住所・その他(〒 )							

## 【注意】

- 認定された場合、書類一式を提出の上、**健康福祉事務所(保健所)**にて受理された日が公費負担の開始日となりますので注意願います。
- 医療受給者証は、認定された疾患にかかる治療のみに使用することができます。

(注1)

1 世帯の生計中心者の氏名、受給者との続柄を記載してください。

2 生計中心者とは、①医療保険や税制において患者を扶養する者②自らの収入により生計を維持する患者本人若しくは患者の生計を維持している者をいいます。

3 前年分の所得税額を証明する書類として、源泉徴収票、税務署の発行する納税証明書(その1・納税額等証明用)、確定申告書の本人用控、市町の発行する課税証明書、その他必要書類を提出する必要があります。

○所得税額を証明する書類

①7月1日以降の申請にあつては前年の所得税額を証明する書類

②6月30日以前の申請にあつては前々年の所得税額を証明する書類

4 所得税額\*欄に記入する金額は、年少扶養控除等があるものとして再計算した想定所得税額となります。想定所得税額の再計算は、生計中心者が前年(1～6月の申請は前々年)に税制上扶養していた親族のうち、0～15歳及び16～18歳のそれぞれの人数を申告いただき、所得税額を証明する書類・住民票等で税制上の扶養が確認できる場合に再計算します。該当する扶養親族がない場合や申告がない場合、確認できる書類を提出されない場合には、再計算を行わず、書類で証明された所得税額を記入します。

5 G-①でかまわない旨了承された場合は、所得税額を証明する書類の添付は不要です。また、想定所得税額の再計算も行わず、所得税額\*欄は空欄となります。

6 ただし、県単独事業については、所得税額が838,200円を上回る場合は事業の対象外となるのでその確認のため、所得税額を証明する書類は省略できません。

7 なお、国保組合加入者については加入医療保険への所得区分照会のため、一部の方を除き、別途、組合員及び当該世帯被保険者(被保険者証の記号・番号が同じ)全員の市県民税(非)課税証明書等の税証明が必要になります。

(注2)

今回申請する受給者以外の同一生計内での受給者証交付者の有無を記載してください。

#### 臨床調査個人票の研究利用についての同意

提出した臨床調査個人票が厚生労働省科学研究において、個人情報保護のもと、疾患研究の基礎資料として使用されることを確認したうえで、申請します。

<同意のお願い>

特定疾患治療研究事業は、重症で稀少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。(氏名・住所、電話番号等、受給者が特定されるような個人情報は送付されません。)

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。