参考資料２

「病名等の情報」の「その他申請情報」欄から、又は「その他」の「医療処置」の欄から人工呼吸器使用者を把握します。

第１号様式（第３条関係）

東京都使用欄

□ 情報連携する　□ 情報連携しない

□ 調書あり　□ 調書なし

※調書なしの場合には添付書類の省略はできません。

特定医療費支給認定申請書 （ 新規 ・ 更新 ）

疾病対策課（東京都福祉保健局用）①

受給者番号

患者

フリガナ			性別 男 女	生年月日（年齢）	M・T・S・H・R 年 月 日（満 歳）
氏名	姓	名			
郵便番号	－	電話番号	（ ）		
住所	東京都 区町 市村 丁目 番 号				
	（マンション名等）				
加入医療保険等	種類	生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）・後期高齢	本人 ・家族		
	保険者名称	記号	番号		
		保険者番号			
	後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証を所持している場合の負担割合	1割・２割・３割			

↓ 患者本人が18歳未満の場合は、保護者の情報を記載してください。

申請（医療受給者証の送付先）

以下に該当する場合は□に印をつけてください。	フリガナ		
□ 患者氏名と同じ	氏名	姓	名
□ 患者住所・電話番号と同じ			
患者との続柄 ※いずれかの□に印をつけてください。	□父 □母 □子 □兄弟姉妹 □祖父母 □その他（ ）		
郵便番号	－	電話番号	（ ）
住所	都道府県 区町 市村 丁目 番 号		
	（マンション名等）		

↓申請時に既に難病医療費助成を受けている場合は、当該医療費助成に係る医療受給者証又は医療券を添付してください。

病名等の情報

病名	①	②	③
	④	⑤	⑥

その他申請情報（該当する場合は□に印をつけてください。）

軽症かつ高額
【更新の場合のみ】
□ 更新申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の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回以上ないため、「軽症かつ高額」に該当しない。
※該当しない場合のみ、チェックを入れてください。

□ 人工呼吸器を使用している

□ 体外式補助人工心臓を使用している

□ 小児慢性特定疾病の医療費助成も受けている 当該医療費助成に係る医療受給者証を添付してください。

高額かつ長期
【更新の場合のみ】
□ 更新申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難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。
※対象となるのは、助成開始日以降の医療費です。自己負担上限額管理票の写し又は別に定める医療機関の療養証明等を添付してください。

本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）の研究等への利用についての同意をされる方は、以下に署名をお願いいたします。

私は、本申請の内容及び本申請書に添付した診断書（臨床調査個人票）が、指定難病の研究を推進するため、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策立案の基礎資料として厚生労働省、東京都及び区市町村に利用されることに同意いたします。

年 月 日 受診者氏名 印 申請者氏名 印

【御確認ください】
本申請の内容及び本申請書に添付した診断書（臨床調査個人票）を利用する際は、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外の利用は一切いたしません。
治療研究において更に御協力をお願いする場合は、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を確認いたします。
同意については任意であり、同意されない場合でも特定医療費の支給認定の可否に影響を及ぼすものではありません。
厚生労働省による診断書（臨床調査個人票）の利用については、「臨床調査個人票の研究利用に関する御説明」も併せて御確認ください。

備考 本票は、第１号様式及び第１号様式の３と被写式とすること。
本票は、３部作成し、２部を控えとすること。

世帯に関する情報

患者と同じ医療保険に加入している者※医療保険の種類が協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。

氏名		患者との続柄	
氏名		患者との続柄	
氏名		患者との続柄	
氏名		患者との続柄	
氏名		患者との続柄	

上記の者のうち右に該当している者

難病の医療費助成を受けている者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号	
小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号	

↑患者と同じ医療保険に加入している者で、該当している者を全員記載してください。

↓ 所在地欄の都道府県名は必ず記載してください。

受診を希望する医療機関等

①	種別	□ 病院・診療所 □ 薬局 □ 訪問看護事業所 ※いずれかの□に印をつけてください。
	名称	
	利用状況	回 / 1か月
	所在地	都道府県
②	種別	□ 病院・診療所 □ 薬局 □ 訪問看護事業所 ※いずれかの□に印をつけてください。
	名称	
	利用状況	回 / 1か月
	所在地	都道府県
③	種別	□ 病院・診療所 □ 薬局 □ 訪問看護事業所 ※いずれかの□に印をつけてください。
	名称	
	利用状況	回 / 1か月
	所在地	都道府県

その他

介護認定	無・有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）	身体障害者手帳	無 ・ 有 （ 級）
医療処置	無 ・ 有 （人工呼吸器 ・ 吸引器 ・ 気管切開 ・酸素 ・ 胃ろう ・ 経管栄養）		
生活・療養の状況	1. 生活のほぼ全てに介助が必要 2. 生活の一部（歩行・食事・入浴・排泄）に介助が必要 3. 介助不要		
	ア. 就労 イ. 就学 ウ. 自宅療養 エ. 入院（医療機関名： ） オ. その他施設入所（施設名： ）		

東京都知事 殿

本申請書に記載のとおり申請します。

年 月 日 申請者氏名

収受印押印欄

（日本産業規格Ａ列３番）(