

受付印

和歌山県指定特定疾患医療受給者証交付申請書 (新規・継続)

受給者	フリガナ 氏名	-----			
	生年月日	年 月 日			
	住所	〒 ー (電話 ー ー) 和歌山県			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との 続柄	
	保険種別	日・政・組・船・共・国・退国・後・介	被保険者証の 記号・番号		
	被保険者証 発行機関名		保険者番号		
申請者	氏名			受給者との 続柄	
	住所 ※受給者本人 と異なる場合 に記入	〒 ー (電話 ー ー)			
病名					
(薬局・訪問看護事業者等含む) 受診を希望する医療機関	名称	-----			
	所在地				
	名称	-----			
	所在地				
	名称	-----			
	所在地				
(注)臨床調査個人票の研究利用についての同意	特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が和歌山県特定疾患対策協議会において、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上で、申請してください。 (詳細については、裏面をご覧ください。)				
	上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、和歌山県指定特定疾患医療受給者証の交付を申請します。				
申請者 住所 〒					
氏名					
(電話 ー ー)		受給者との続柄			
年 月 日					
和歌山県知事様					
申請時の 入院・通院の別	入院 通院	前回受給者番号		重症患者認定	有・無
		前回承認期間	年 月 日～	年 月 日	

(裏面)

〈同意について〉

特定疾患治療研究事業は、重症で希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、和歌山県特定疾患対策協議会において、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当たっては、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。

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、和歌山県特定疾患対策協議会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、それぞれの研究者や主治医から説明が行われ、同意を得ることとされています。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との続柄	

非課税世帯の場合、受給者本人の年金等収入について、該当する内容にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(国民)を受給している。 ※2級年金を受給されている方は年金額が分かるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 障害年金(厚生・共済)を受給している。 ※年額80万円以下の方は年金額が分かるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 遺族年金(基礎・厚生・共済)を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額が分かるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当又は特別児童扶養手当を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額が分かるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金又は障害を事由として支給される労災による年金若しくは一時金を受給している。 ※年額80万円以下の方は、年金額が分かるものを添付してください。
<input type="checkbox"/> 上記の年金等のいずれも受給していない。

※年金等収入が80万円以下の方は、「年金等証書+振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。