



様式第1号の1(裏面)

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 ※受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入				
	世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄	当年1月1日時点住所地 ※現在と異なる場合のみ記入	[行政記入欄]
			本人	市・区 町・村	
				市・区 町・村	
				市・区 町・村	
				市・区 町・村	
本人年収について	※上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合のみ該当するものを選択。				
	<input type="checkbox"/>	本人年収(受診者が18歳未満の場合にあってはその保護者) 80万円超			
研究利用同意	<input type="checkbox"/>	本人年収(受診者が18歳未満の場合にあってはその保護者) 80万円以下 ※受給がある場合は証明書の提出が必要			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 非課税収入なし <input type="checkbox"/> 障害年金あり <input type="checkbox"/> 遺族年金あり <input type="checkbox"/> 特別障害者手当あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当あり <input type="checkbox"/> その他非課税収入あり( )			
申請時点の状況	別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の利用に関するご説明」を確認し、本申請にあたり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省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				
	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				
	生活状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他( )			
	身体状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助			
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護(要介護度____) <input type="checkbox"/> 要支援(要支援度____) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(等級____級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				

\*受給者証等の送付先について

送付先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	住所	氏名
		〒	
※受診者と同じ場合は省略可			

\*申請に関する問合せ先について

問合せ先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号
		( )		

\*備考

--

[行政記入欄]	A・B1・B2・C1・C2・D	
---------	-----------------	--