

<input type="checkbox"/> 情報連携する	<input type="checkbox"/> 情報連携しない
<input type="checkbox"/> 調書あり	<input type="checkbox"/> 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。

区市町村記入欄（事項を○で囲む）
 （新規・他県転入・更新・その他）
 受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

難病医療費助成申請書兼同意書

患 者	フリガナ					性別 男 女	生年 月日	M・T・S・H・R			
	氏名	姓	名					年月日生 (満 歳)			
住 所	郵便番号				電話番号						
	東京都		区町 市村		丁目		番		号		
	(マンション名等)				号		様方				
保 険 等	種類	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			
	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			

申請者の氏名又は住所・電話番号が患者と同じ場合は該当する数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。

医療券等の送付先となります

申 請 者	フリガナ					性別 男 女	生年 月日	M・T・S・H・R		
	氏名	姓	名					年月日生 (満 歳)		
住 所	郵便番号				電話番号					
	都府 道県		区町 市村		丁目		番		号	
	(マンション名等)				号		様方			

病状報告書

申請者が御記入ください

病名	1	2	3
介護認定	なし・有り (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)		身障手帳 なし・有り (級)
医療処置	なし・有り (人工呼吸器・吸引器・気管切開・酸素・胃ろう・経管栄養)		特定疾病療養受療証 なし・有り
現在の生活 状況及び 療養状況	1 生活のほぼすべてに介助が必要		2 生活の一部 (歩行・食事・入浴・排せつ) に介助が必要
	3 介助なく日常生活を送ることができる		
	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)		
通院状況	医療機関名 ()		回 / 1ヶ月

私は、本申請書に添付した臨床調査個人票に記載された検査結果等を、治療研究基礎資料として厚生労働省及び東京都に提供すること並びに他道府県に転居する場合に転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

臨床調査個人票の使用に当たっては、プライバシー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。

年 月 日

東京都知事 殿

申請者氏名

申請受付 年月日	年 月 日	収受印欄
-------------	-------	------

(注) 1 申請日前3か月以内に発行された①臨床調査個人票又は診断書及び②住民票の写しを添付してください。
 2 医療費助成開始日は、規則に別に定めがある場合を除き、本申請書の受理日となります。