

特定医療費（指定難病）療養費支給申請書

仙台市長 あて

申請者（振込先）住 所

氏 名

日中の連絡先電話番号（ - - ）

受給者との続柄（受給者の ）

年 月 ～ 年 月分の特定医療費(指定難病)療養費の支給を下記のとおり申請します。
記

●振込先に関すること（申請者の口座に限る※）

| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | | | 口座名義人カナ |
|-------|-----|----|------|--|--|--|--|--|---------|
| | | 普通 | | | | | | | |

※受給者と申請者が異なる場合（受給者が未成年で、申請者が保護者の場合を除く。）、下記の委任欄の記入が必要です。

●受給者に関すること

| | | | | | | | | | |
|----------|---------------|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | 受給者名 | |
| 住 所 | | | | | | | | | |
| 受給者証有効期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | |

●高額療養費やその他の医療費助成に関すること（必ず内容をご確認いただき、チェックを入れてください。）

- この申請にかかる医療費について、保険者から高額療養費の支給を受けていません。
 心身障害者、母子・父子家庭医療費助成の受給者証を持っていません。 ※裏面の留意点をご確認ください。

●支給決定にかかる同意に関すること

| | |
|--|--------------------------------|
| 1. この申請に関して不明な点がある場合は、仙台市が直接保険者、医療機関等へ照会し、照会先が仙台市に当該情報を提供することに同意します。 | |
| 2. 特定医療費（指定難病）療養費証明書や高額療養費等の情報から仙台市が支給金額を決定することに同意します。 | |
| 受給者 | 被保険者 (被保険者が受給者の場合は必要ありません。) |

●申請理由に関すること（該当箇所にチェックを入れてください。その他の場合は理由を記載してください。）

- 申請（新規・更新・変更）後、受給者証が交付されるまでの間の医療費を支払ったため
 実施医療機関で受給者証を提示せずに医療費を支払ったため
 その他（理由 ）

◆受給者と申請者が異なる場合（受給者が未成年で、申請者が保護者の場合を除く。）は、下記の記入をお願いします。

私（受給者）は、上記の申請者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）療養費の申請及び受領の権限を委任します。

受給者住所

受給者氏名

(自らの署名でない場合は押印が必要です。)

【留意事項】

- 申請ができるのは、次の場合に限りです。
 - 治療を受けた医療機関等が指定医療機関（調剤薬局，訪問看護ステーション含む）であること。
※指定医療機関以外での治療等は医療費助成の対象になりません。
 - 受給者証に記載の疾病についての治療であること。
 - 保険診療の対象であること（差額ベッドや臨床調査個人票等の文書料などは支給の対象になりません。）。
- 高額療養費の対象となる方は、高額療養費の額が決定した後にご申請ください。また、審査の過程で高額療養費に該当していることを確認した場合、審査機関より支給通知書等の提出をお願いする場合がございます。金額が確認できるまでは支給出来ませんので予めご了承ください。**
- 心身障害者医療費助成、母子・父子家庭医療費助成の対象となる方は、助成額が決定した後でご申請ください。金額が確認できるまでは支給出来ませんので予めご了承ください。**
- 医療機関等から特定医療費（指定難病）療養費証明書等の発行手数料等を請求されることがありますが、その発行手数料等は申請者の負担となります。

【提出いただく添付書類】

- ①～④は全員必要です。⑤～は該当者のみ必要となります。
- ① 特定医療費（指定難病）療養費証明書（様式第 14 号）または特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票（申請月にかかる写し）

※特定医療費（指定難病）療養費証明書は月ごと、指定医療機関ごとに提出が必要です。複数の医療機関を受診している場合は、認定された疾病について診療を受けた指定医療機関全ての証明書を提出していただく必要があります。

※負担上限月額の変更申請前の受給者証を使用し精算している場合、また受給者証交付後に受給者証を使用して精算した場合など、「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」に医療費や自己負担額の記載がある場合は、特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の提出で代えられます。（その場合、特定医療費（指定難病）療養費証明書（様式第 14 号）は不要です）

- ② 医療機関発行の領収書の写し
- ③ 特定医療費（指定難病）医療受給者証（窓口確認のみ）
- ④ 振込口座が確認できるもの（窓口確認のみ）
- ⑤ 高額療養費支給額決定通知の写し（該当する方のみ）
- ⑥ 心身障害者医療費助成、母子・父子家庭医療費助成支給額決定通知の写し（該当する方のみ）
- ⑦ 委任状と必要な添付書類（該当する方のみ）

【その他の留意事項】

申請いただいた後、資格審査、内容審査（2～3 ヶ月）などを行い、決定した金額を申請書に記載の口座にお振り込みいたします。

【問い合わせ先】

| | | | |
|--|-----------------|-------------|-----------------|
| 青葉区障害高齢課 | 022-225-7211(代) | 太白区障害高齢課 | 022-247-1111(代) |
| 宮城野区障害高齢課 | 022-291-2111(代) | 泉区障害高齢課 | 022-372-3111(代) |
| 若林区障害高齢課 | 022-282-1111(代) | 宮城総合支所障害高齢課 | 022-392-2111(代) |
| 障害者総合支援センター（ウェルポートせんだい） 022-725-7853(直通) | | | |

仙台市処理欄

| | |
|--------|-----------|
| 区役所收受印 | ウェルポート收受印 |
| | |

- 心身医療費助成非対象であることを確認済
- 療養費申請者用チラシ配布済
- 審査機関より高額療養費支給決定通知等を求めることを説明済

| |
|----------------------------|
| 【支給決定金額】 _____ 円 |
|----------------------------|