



指定医療機関	受診中もしくは受診予定の医療機関・薬局・訪問看護事業者を記入  *申請時、大分県もしくは他都道府県で指定されている医療機関等であることを確認してください。	医療機関等名称		所在地
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
		<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		

※前年に下記障害年金・遺族年金等の給付がある場合は、その番号を表面に記載してください。

(1)	国民年金法に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金
(2)	厚生年金保険法に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに昭和六十年法律第三十四号第三条の規定による改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金
(3)	船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに昭和六十年法律第三十四号第五条の規定による改正前の船員保険法に基づく障害年金
(4)	国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金
(5)	地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金
(6)	私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律第一条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金
(7)	厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第六項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第二十五条第四項に規定する特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの
(8)	特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく特別障害給付金
(9)	労働者災害補償保険法に基づく障害補償給付及び障害給付
(10)	国家公務員災害補償法（他の法律において準用する場合を含む）に基づく障害補償
(11)	地方公務員災害補償法に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの
(12)	特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による福祉手当

※代理人が申請手続きをする場合に記入

委任状	代理人	住所 _____
		氏名 _____
		私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ※委任しない事項は二重線を記入。
	(委任する内容)	1 特定医療費（指定難病）支給認定申請に係る手続き 2 特定医療費（指定難病）受給者証の受領【認定の場合】 3 特定医療費（指定難病）支給認定申請の却下通知の受領【却下の場合】 4 その他（ _____ ）
		年 月 日
	委任者	住所 _____
		氏名 _____

以下自治体記入欄

自己負担	低 I	低 II	一般 I	一般 II	上位	人工呼吸器等
	生活保護		一般 I (高額)※	一般 II (高額)※	上位 (高額)※	
	按分者(金額 _____)他の世帯員の現在の自己負担額(金 _____) ※疾患追加申請時のみ使用					