

1枚目（2枚目へ続く）

特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

大阪府知事様 難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、申請をします。

1枚目（階層区分変更の方は2枚目へ続く）

※ [] の項目に楷書で記入又は してください。

マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する

マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない
（変更内容にマイナンバー連携の必要がない場合を含む）

※受診者以外が申請する場合、下記に をし、2申請者欄も記入してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

※マイナンバー連携により書類（住民票・課税証明書）の省略ができる場合があります。
 ※ただし、世帯調書（別紙）に不備がある場合、書類（住民票・課税証明書）の省略はできません。
 ※また、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方は、課税証明書は省略はできません。
 ※情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。ご了承ください。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------|---|---|-------|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 受診者 <input type="checkbox"/> 送付先 | フリガナ | | | 受給者番号 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 電話番号 (携帯・自宅) | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 居住する 市町村 | | | | | | |

※受診者本人が申請者の場合、2申請者欄は記入不要です。（受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。）

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------|--|--|-----------------|------|--|--|---|--|--|--|--|
| 2 申請者 <input type="checkbox"/> 送付先 | フリガナ | | | 電話番号 (携帯・自宅) | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 郵便番号 | | | - | | | | |
| 受診者との関係 | 住所 | | | | | | | | | | | |

3 申請事項（裏面へ続く）

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|----------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 疾病の追加/変更 | <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 変更 | 疾病名又は告示番号 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等 | 人工呼吸器装着又は体外式補助人工心臓を装着している。 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 高額難病治療継続者 (高額かつ長期) | 特定医療費の総額（10割の額）が50,000円を超える月が、申請日の属する月を含む過去12か月間で6回以上あった。 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 階層区分 | 変更理由 | <input type="checkbox"/> 医療保険の変更 | <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の変更 | <input type="checkbox"/> 所得の変更 | <input type="checkbox"/> 生活保護等の開始/廃止 | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> その他 [] | 変更となった日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | 支給認定世帯 | 保護者 | | | | | ※保護者欄は、申請者欄に記入していない保護者がいる場合記入してください。 ※16歳未満の方は <input checked="" type="checkbox"/> を記入して下さい。 | | | | | |
| | | | 支給認定基準世帯員 | <input type="checkbox"/> | 支給認定基準世帯員 | <input type="checkbox"/> | あん分ありの場合 は右に <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 申立事項 | <input type="checkbox"/> | 【申立なし】 申し立てるべき事項はありません。 | ※申し立てありの場合 下記①～⑤のとおり、相違ないことを申し立てます。 ※申立内容と事実と相違があった場合、難病の患者に対する医療等に関する法律第34条の規定に基づき、既に支給した特定医療費の返還を求めることがあります。 | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | ①【所得証明書類】 支給認定世帯の所得を証明する書類として普通又は特別徴収に係る証明書類を提出しますが、提出した証明書類に記載された金額の他に収入はありません。 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ②【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分Dとなることを了承します。 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ③【支給認定世帯の市町村民税が全て非課税であり、かつ受診者等の収入金額80万円以下】 受診者等について提出した所得証明書類、収入確認書類（障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等）に記載された金額以外の収入はありません。 ※上記の収入（障害年金等）がある場合、添付の書類からその金額が80万円以下だと確認できた場合は階層区分が低所1（B1）となります。なお、上記の収入（障害年金等）がある場合でも、その額が確認できる書類の添付がない場合、または受給額が80万円を超える場合は、低所得2（B2）となります。 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ④【医療保険証の提出省略】 下記のいずれか、または両方に該当する場合 ・住民票記載の者で、医療保険証の提出を省略する者について、支給認定基準世帯員に準じた扱いとなることを了承します。 ・受診者と同一医療保険に加入し得ない者について、医療保険証の提出を省略します。 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ⑤【その他】 | | | | | | | | | | | | |

| 「事務処理使用欄」 | 階層区分 | 適用区分 | 備考 |
|---------------|------|------|-----------|
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | R コ ケ - 按 |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | R コ ケ - 按 |

| | | | |
|----------------|--------|------------------------------------|--|
| 保健所（保健センター）担当者 | | ※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付印の下に受付年月日を記入 | 交付履歴 |
| 保健センター受付印 | 保健所受付印 | 大阪府受付印 | 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 交付年月日 年 月 日 階層/自己負担額 / 適用区分 R コ ケ - 按 |

3 申請事項

| | | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> | あん分（受診者又は支給認定基準世帯員のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の追加等） ※対象者が申請中の場合は、受給者番号欄に申請先自治体、生年月日及び疾病名を記入してください。 | 【申請区分】 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 | 氏名 | 受給者番号 |
| | | <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 削除 | <input type="checkbox"/> 指定難病 | 氏名 | 受給者番号 | |
| | | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 | | | |

4 支給開始日の遡及（疾病の追加・変更時のみ）

| | |
|---|---|
| 特定医療費の支給を開始することが 適当と考えられる年月日※ 年 月 日 | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他() |
| 上記の遡りが必要ない場合 | <input type="checkbox"/> 1か月以上の遡りは必要ない |

※保健所受付日（郵送の場合は消印日）を起算日として、最長3か月前の同じ日までを、特定医療費の支給開始日として申請することが可能です。ただし、臨床調査個人票に記載されている診断年月日から3か月以内の場合は、支給開始日を保健所受付日から3か月前に遡らず、支給開始は診断年月日（軽症高額対象者は、軽症高額の基準を満たした日の翌日）からとなります。

【添付書類】※全ての変更事項について受給者証（コピー）を添付してください。また、その他必要に応じて提出を求められることがあります。

| 変更事項 | 添付書類 |
|---|--|
| 指定難病の追加／変更 | 臨床調査個人票（新規申請用）（難病指定医が作成し、記載した日から6か月以内のもの） |
| 人工呼吸器等 | 人工呼吸器等装着者の申請時添付書類[所定様式]（指定医が作成し、記載した日から6か月以内のもの） |
| 高額難病治療継続者の該当 | 自己負担上限額管理票、難病医療費助成に係る医療費総額証明書、特定医療費（指定難病）証明書 |
| あん分（支給認定基準世帯員のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の追加等） | あん分対象者の指定難病又は小児慢性特定疾病受給者証のコピー（申請中の場合は、申請書のコピー） |
| 階層区分 | ①世帯全員の住民票（生年月日の記載がある発行から6か月以内のもの） ②住民票記載の者の医療保険証のコピー ③受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する者の課税証明書 ④生活保護等の受給状況を証明する書類（発行から1か月以内） ※①と③については、表面で「マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する」を選択し、世帯調書に個人番号の記載がある場合は書類（住民票・課税証明書）の提出を省略できます。ただし、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方の課税証明書の省略はできません。 ※情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。ご了承ください。 |

世帯調書

受診者の個人番号の記載がない場合でも、難病医療費助成の申請手続きを行うことは可能ですが、住民票・課税証明書等の添付が必要になります。その場合、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、大阪府において住民基本ネットワークシステムへ個人番号の照会を行います。

| | 氏名 | 生年月日 | 受診者との続柄 | 個人番号(注1) |
|-----------|------------------|-------------------------|---------|--|
| | | | | 課税等市区町村名(注2) |
| 受診者 | | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | 本人 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| 保護者 | 受診者が18歳未満の場合のみ記入 | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| 支給認定基準世帯員 | フリガナ | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| | フリガナ | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| | フリガナ | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| | フリガナ | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |
| | フリガナ | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載) |

(注1) 個人番号を記載する場合は、以下の確認書類①②を準備し、申請書類を提出する際、窓口に提示してください。
なお、郵送する場合は、写しを同封してください。

(注2) 1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月に申請する場合は申請年の1月1日時点に住所があった市区町村(市町村民税の課税地)を記載してください。
(注3) 支給認定基準世帯員欄が足りない場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーしてご記入の上ご提出ください。

委任状

※任意代理人(受診者本人又は保護者以外)が申請する場合は、必ず記入してください。
(提出の代行のみの場合や、法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要)

大阪府知事 様

委任者(受診者) 氏 名 _____

私は、この申請に係る個人番号(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。)を提供する権限を次の者に委任します。

受任者(代理人) 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)

住 所 申請書(申請者欄)のとおり /

電話番号 申請書(申請者欄)のとおり /

受診者本人や保護者が申請する場合は不要

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を行うことにより、所在地に繋がる情報を秘匿にすることができます。希望する場合は、希望するにチェックをしてください。(記入された情報は上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。)

希望する

以下、保健所確認欄(申請者はチェックの記載をしないでください)

| | | |
|-----------|--------------------------------------|---|
| ① 確認書類 | 受診者の個人番号の確認 (患者が18歳未満の場合は保護者分も確認) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 個人番号の記載のある住民票/住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 通知カード(通知カード廃止日(令和2年5月25日)以降、当該通知カードに係る記載事項に変更が無い場合に限る) <input type="checkbox"/> その他() |
| ② 確認書類 | 個人番号を提供する方の身元確認 | <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 保護者(患者が18歳未満の場合) <input type="checkbox"/> 代理人 ※ |
| | ※ 代理権の確認 | 法定代理人※ <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 裁判所の決定通知書 任意代理人 <input type="checkbox"/> 上記「委任状」欄に記載 |
| ③ 省略書類 | 【住民票】 | <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 |
| | 【課税証明書】 | <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 |

※ここでの法定代理人とは、患者が18歳以上20歳未満の場合の親権者、成人後見人等のことです。患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となるため戸籍謄本の提出は不要です。