

1枚目（2枚目へ続く）

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容変更届

大阪府知事様 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、届出をします。

※ 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
（変更内容に情報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										
	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										
	氏名		郵便番号				-						
受診者との関係	住所												

3 届出事項（裏面へ続く）

<input type="checkbox"/>	氏名	新	フリガナ											
			姓	名										
<input type="checkbox"/>	住所	新	郵便番号				-							
			住所											
<input type="checkbox"/>	医療保険	フリガナ												
		被保険者氏名 (世帯主・組合員)												
		<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)	被 保 険 者 証	記号 ※左詰め										
		<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合		番号										
		<input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険		保険者名称										
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合		保険者番号										
<input type="checkbox"/> 生活保護等の受給者で医療保険の資格喪失	資格取得年月日	年		月	日									
適用区分	ア イ ウ エ オ VI V IV III II I													

《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

住所変更により管轄が変わる場合は、保健所コード（裏面参照）を記載してください。

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	コード	保健所受付印	コード
		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 届出事項

<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	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） ※受診者をのぞき、変更後の世帯員全員を記入してください。 ※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。			
	世帯員氏名		世帯員氏名		
	世帯員氏名		世帯員氏名		

4 申立欄 ※該当の有無について☑してください。

<input type="checkbox"/>	【申立なし】 申し立てるべき事項はありません。	＜申立ありの場合＞ 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【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"/>	②【所得証明書類】 受給者及び3に記入した者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"/>	③【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"/>	④【3に記入した者の市町村民税が全て非課税で受給者及びその保護者の収入金額80万円以下】 受診者及びその保護者の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得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"/>	⑤【その他】		

【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ることがあります。
 ※表面「情報連携による書類提出の省略を希望する」を選択し、世帯調書に個人番号の記載がある場合は、◎住民票の添付が省略ができます。
 （ただし、業種別国民健康保険加入者・被用者保険非課税者の方の課税証明書の省略はできません。）

変更事項	添付書類																																			
氏名	新旧氏名が確認できる公的書類 （例）戸籍謄本（抄本）、◎住民票（発行から6か月以内で生年月日及び新旧氏名が記載されたもの）、 運転免許証、マイナンバーカード等																																			
住所	◎住民票（発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの）、運転免許証、マイナンバーカード等																																			
医療保険	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">保険種別</th> <th style="text-align: center;">医療保険証</th> <th style="text-align: center;">限度額適用認定証 (所持者のみ)</th> <th style="text-align: center;">同一保険加入者の 課税証明書</th> <th style="text-align: center;">同意書</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>業種別国民健康保険組合</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○ ※16歳未満は申立書あり</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td>大阪府外の市町村国民健康保険</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td>大阪府内の市町村国民健康保険</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被用者保険（課税者）</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>被用者保険（非課税者）</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○ ※被保険者分のみ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療広域連合</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>生活保護階層の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記の添付書類に併せて、福祉事務所等が発行する「生活保護の受給、停止、廃止」を証明する書類（発行から1か月以内）を添付してください。 医療保険の資格喪失の届出を行う場合は、保険者が発行する医療保険資格喪失証明書を添付して下さい。 <p>※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。 ※現在加入している医療保険の資格取得年月日が届出年月日の前年である場合、希望の有無に関わらず、別途階層区分判定のための書類（住民票・課税証明書）が必要です。 ※あん分対象者がいる方は、対象者の指定難病受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー、もしくは医療保険証のコピーが必要です。</p>	保険種別	医療保険証	限度額適用認定証 (所持者のみ)	同一保険加入者の 課税証明書	同意書	業種別国民健康保険組合	○	○	○ ※16歳未満は申立書あり	○	大阪府外の市町村国民健康保険	○	○		○	大阪府内の市町村国民健康保険	○	○			被用者保険（課税者）	○	○			被用者保険（非課税者）	○	○	○ ※被保険者分のみ		後期高齢者医療広域連合	○	○		
保険種別	医療保険証	限度額適用認定証 (所持者のみ)	同一保険加入者の 課税証明書	同意書																																
業種別国民健康保険組合	○	○	○ ※16歳未満は申立書あり	○																																
大阪府外の市町村国民健康保険	○	○		○																																
大阪府内の市町村国民健康保険	○	○																																		
被用者保険（課税者）	○	○																																		
被用者保険（非課税者）	○	○	○ ※被保険者分のみ																																	
後期高齢者医療広域連合	○	○																																		
支給認定基準世帯員	◎住民票（発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの）及び医療保険証（コピー）																																			

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。

※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 /

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にのみ使用します。)

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。