

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

1枚目（2・3枚目へ続く）※ の項目に楷書で記入又は ☒ してください。

連携あり

人工呼吸器

高額長期

按分あり

変更あり

※他の自治体から転入する場合、下記に ☒ してください。

☐ 本件支給認定に必要となる情報について、大阪府が他の自治体にその提供を求めることに同意します。

受給者番号

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6条第1項の規定により、次のとおり申請をします。
 また、4申し立て欄に記載のとおり申し立てます。

1 受診者	フリガナ													生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日					
	氏 名	姓						名						電話番号	(自宅)					
	☐ 送付先	郵便番号				—							(携帯)							
		住 所																		

加入医療保険等	フリガナ							受診者との続柄	☐ 本人 本人以外の場合は以下に記載						限度額適用認定証を添付する場合は ☒				☐
	被保険者氏名 (世帯主・組合員)																		
	☐ 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)							記号 ※左詰め											
	☐ 業種別国民健康保険組合							番号											
	☐ 市町村国民健康保険							保険者名称											
	☐ 後期高齢者医療広域連合							保険者番号											
☐ 生活保護又は中国残留邦人支援受給							資格取得年月日	年 月 日											

※受診者以外が申請する場合、下記委任事項に ☒ をし、下記「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。

※受診者本人が申請するが、受診者以外の送付先を希望する場合は、上記委任欄にチェックはせず、下記「2申請者 ☐送付先」にチェックを入れて必要事項を記入してください。

2 申請者	フリガナ													電話番号							
	氏 名	姓						名						郵便番号				—			
☐ 送付先	住 所																				
受診者との関係	住 所																				

3 疾 病	①疾病名又は告示番号							②疾病名又は告示番号										
	申請する指定難病について	☐ 人工呼吸器または体外式補助人工心臓を使用している。 ☐ [軽症高額該当]申請日の属する月を含む過去12か月の間に、上記の疾病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。（医療費の確認ができる指定の様式が別途必要）																

≪事務処理使用欄≫

年	月	日	～	年	月	日	A	B1	B2	C1	C2	D	R	コ	ケ	ー	按
年	月	日	～	年	月	日	A	B1	B2	C1	C2	D	R	コ	ケ	ー	按

保健所(保健センター)担当者	保健所(保健センター)受付印	大阪府受付印	適用区分
			ア イ ウ エ オ Ⅵ Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ
※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			

指定難病の医療費助成の申請における 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書

《本同意書に関する説明》

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成を実施しています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、下記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

《データベースに登録される情報と個人情報保護》

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

《データベースに登録された情報の活用方法》

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、
①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査

②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究

③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

《同意の撤回》

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

厚生労働大臣 様

私は、上記の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

____年 ____月 ____日

住所： ☐ 申請書（表面）と同じ / _____（別の場合）

患者（受診者）署名： _____

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

住民票上同じ世帯員の全人数をご記入ください

人

同じ医療保険に加入している世帯員全員（支給認定基準世帯員）について記載してください。
住民票が別でも同じ医療保険（協会健保・健保組合・共済組合等）に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

※課税年において16歳未満の方は☑してください。
※書類の省略を希望する場合は、あてはまるものに☑をしてください。
◎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。
◎世帯調書に不備がある場合、書類（住民票・課税証明書）の省略はできません。
◎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できません。
◎未申告の方は、必ず税の申告を済ませておいてください。情報連携の結果、書類の提出が必要となる場合があります。提出されない場合は、上位所得として取り扱います。

	氏 名	生 年 月 日	受診者との続柄	個 人 番 号（マイナンバー）【注】
受診者	フリガナ	大正・昭和 平成・令和	本 人	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名（市町村民税の課税地）
	□16歳未満 □住民票省略希望 □課税証明書省略希望	年 月 日		
保護者	フリガナ 受診者が18歳未満の場合のみ記入	大正・昭和 平成・令和		
	□課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）
支給認定基準世帯員	フリガナ	大正・昭和 平成・令和		
	□16歳未満 □課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和		
	□16歳未満 □課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和		
□16歳未満 □課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）	
フリガナ	大正・昭和 平成・令和			
□16歳未満 □課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要。異なる場合は記載。	
フリガナ	大正・昭和 平成・令和			
□16歳未満 □課税証明書省略希望	年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）	

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。

【注】マイナンバーを記載する場合は、申請書2枚目ウラ【表②】の確認書類①、②を準備し、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。

◎マイナンバーカードを用いて書類省略する方で、任意代理人に委任する場合

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 /