

記入例

1
枚
目
表
の
記
入
例

ア

イ

ウ

エ

オ

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な情報について、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。									
大阪府 転入の場合は ☒ が必要です。									
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。									
受給者番号									
フリガナ オオサカ ウメコ 生年月日 ☐ T ☒ S ☐ H ☐ R									
氏名 大阪 梅子 23年11月22日									
電話番号 06-1234-5678									
郵便番号 1 2 3 - 4 5 6 7									
住所 〇〇市××町△△1丁目2-3									
医療受給者証の送付先に ☒ が必要です。 オオサカ ウメコ 大阪 梅子									
加入医療保険等 ☐ 被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済組合等）									
業種別国民健康保険組合 該当するものに ☒ が必要です。									
市町村国民健康保険									
後期高齢者医療広域連合									
生活保護又は中国残留邦人支援受給									
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 ☐									
記号 ※左詰め									
番号 12345678									
保険者名称 大阪府後期高齢者医療広域連合									
保険者番号 3 9 2 7 8 8 8 8									
資格取得年月日 令和5年11月23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									
受診者以外が申請する場合、☒ が必要です。									
※受診者本人が申請するが、上記委任欄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 オオサカ ジョウタロウ 電話番号 090-1234-5678									
氏名 大阪 城太郎 郵便番号 1 2 3 - 4 5 6 7									
受診者との関係 夫 住所 〇〇市××町△△1丁目2-3									
3疾病 ①疾病名又は告示番号 もやもや病 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									
記載不要 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/0000084782.html>

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了承ください。

表面と同じであれば
☑してください。

同意される場合は、
日付の記載が必要です。

患者個人
厚生労働

することができない「匿名加

私は、この説明を読み、指定難病の医療費助成の
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： _____

2枚目(3枚目へ続く)

4 申し立て欄 ※該当の有無について☑してください。

下記①～⑥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。

☐	①【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略1】 住民票記載の者で医療保険の資格情報が確認できる資料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。
☐	②【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略2】 住民票記載の者で、受診者と同一医療保険に加入し得ない者の医療保険の資格情報が確認できる資料の提出を省略します。
☐	③【所得証明書類】 受診者もしくは支給認定基準世帯員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。
☐	④【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。
☐	⑤【支給認定基準世帯員が全員非課税かつ受診者本人の収入金額が80万円以下】 受診者本人の年収入について、1～6のうち該当する内容に○をしてください。 ※本人収入「80万円」については、令和7年7月1日以降「80万9千円」となります。 1. 障害年金（基礎・厚生・共済） 2. 寡婦年金 3. 遺族年金（基礎・厚生・共済） 4. 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当 5. 特別障害給付金、障害を事由として支給される労災による年金又は一時金 6. 該当なし（いずれの年金も受給していない） ※1～5のいずれかに該当する場合 ・年金等金額が ・書類の添付が ・その額が確認 ※いずれにも 申し立て事項の有無について確認。 申し立て事項がない場合、【申し立てなし】に☑。
☐	⑥【その他】 高額かつ長期（ ）
☐	【申し立てなし】（①～⑥の該当はありません。）

【ご注意】市町村民税未申告の場合は、正しい税額の確認ができません。必ず申告は済ませておいてください。

5 あん分対象者 ※該当有の場合のみ記入してください。

あん分とは、保護者や「10世帯調書」に記入した者が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場合や、受診者が指定難病と小児慢性特定疾病の各々別疾病の受給者証の交付を受けている場合をさします。その場合、下欄に☑し、必要事項を記入してください。※対象者が申請中の場合は、受給者番号欄に（ ）を記入してください。

☐	指定難病	☐	小児慢性特定疾病	ほとんどの場合は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日の日付が入ります。
--------------------------	------	--------------------------	----------	--

6 支給開始日の選及 ※該当有の場合のみ記入してください。

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	（ ） 【理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他（ ）
上記の選りが必要ない場合	☐ 1 か月	さかのぼり期間は原則として申請日から1か月です。 選ることについてやむを得ない理由があれば、最長3か月までの選り可能です。

※保健所受付日（郵送の場合は消印日）を起算日として、最長
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
からとなります。なお、上記の該当箇所にチェックがない場合は、1か月の選りとなります。（ただし小児慢性特定疾病）

7 マイナンバー連携 ※該当の有無について☑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	②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。 ③世帯調書（3枚目）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。 ④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。 ⑤マイナンバー連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。
☐	マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない	書類の省略の希望の有無に☑が必要

8 DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している方

☐	希望する	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、不開示設定等を行うことにより、指定難病における情報連携及び副本登録において、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。）
（保健所記入欄）特記事項 DV等により不開示設定を希望される場合は☑をしてください。		

住民票と同じ世帯員の全人数をご記入ください

人

◎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 オオサカ ウメコ 大阪 梅子 ☐ 16歳未満 ☐ 住民票省略希望 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和		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） 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
保護者	フリガナ 受診者が18歳未満の場合のみ記入 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 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※（下記参照）	フリガナ オオサカジョウタロウ 大坂 城太郎 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 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 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 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 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 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 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 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 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）

注意事項をご確認ください。

※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）を記載してください。加入している方が他にいない場合は、その方も記入してください。

◎受診者の個人番号の記載がない場合でも、難病医療費助成等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枚目裏面【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 受診者本人や保護者が申請する場合は不要	※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 大阪 梅子
	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 大坂 城太郎
	住 所 ☐ 申請書（申請者欄） ☐ 任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。
	電話番号 ☐ 申請書（申請者欄）のとおりに /

- ア** 受診者（患者）の情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、加入医療保険等）を記入してください。加入医療保険等欄は医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）を確認して記入してください。
- イ** 申請者が患者でない場合のみ ☒ 及び記入が必要です。
 ・保護者（患者が18歳未満の場合）又は成年後見人等の法定代理人。
 ・患者から委任を受けた方。
 ※患者が18歳未満の場合は、原則として保護者が申請者となります。
- ※ア・イ共通** 医療受給者証の送付先（「1 受診者（患者）」又は「2 申請者」）のいずれかに ☒ が必要です。
- ウ** 指定医が作成した臨床調査個人表（診断書）の疾病名または疾病番号をご記入ください。
- エ** 人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着されている方が記入する項目です。
 該当する方のみ ☒ をしてください。
- オ** ☒ の疾病に係る治療において、申請日を含む月以前の12か月以内に医療費総額（10割）が33,330円を超える月数が既に3か月以上ある方（軽症高額該当）のみ ☒ をしてください。
- カ** 臨床調査個人票の研究利用について、同意書に関する説明をお読みいただき、同意される場合は、年月日（申請書記載日）を記入した上で、記名をお願いします。
- キ** 申し立て欄につきまして、該当の有無について ☒ もしくは、⑥【その他】欄に申立内容をご記載下さい。申し立てが無い場合には、【申し立てなし】に ☒ をして下さい。
- ①【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略1】
 世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入している方の、患者以外の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（市町村国民健康保険等）
- ②【医療保険の資格情報が確認できる資料（「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等）の提出省略2】
 世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入しえない方の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（患者が国民健康保険加入者で、他の家族が75歳以上で後期高齢医療保険に加入している場合等）
- ③【所得証明書類】
 会社等で配布される、市町村民税特別徴収税額決定通知書を課税証明書の代わりに提出する方（社会保険被保険者が非課税の場合や、業種別国民健康保険組合加入者は除く）で、その通知書に記載の合計所得金額以外に所得や年金等の収入等がない場合
- ④【上位所得】
 月額自己負担額算定のための課税証明書を提出しないため、上位階層（D：月額自己負担額30,000円）を了承されるとき（業種別国民健康保険組合加入者は申立による課税証明書の提出の省略はできません。）
- ⑤【支給認定基準世帯員が全員非課税かつ受信者本人の収入金額が80万円以下】
 受信者本人の所得証明書類、収入確認書類等、提出いただいた書類以外に所得や年金等の収入がない場合
- ク** 次の①又は②に該当する場合にご記入ください。
 ① 患者と同じ健康保険の加入者に特定医療費（指定難病）受給者がいる場合
 ② 患者又は患者と同じ健康保険に加入されている方に小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合
 なお、受給者番号欄は、「特定医療費（指定難病）受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」をご覧いただきながら記入してください。（申請中の場合は、受診者の生年月日と疾病名を記入の上、〇月〇日申請中とお書きください。）
- ケ** 受診者のマイナンバー（個人番号）を記載ください。マイナンバー連携による一部書類省略を希望する場合は、支給認定基準世帯員の個人番号の記載も必要です。支給認定基準世帯員の個人番号は、申請者が個人番号カード等で確認しながら間違いがないよう自己の責任で記載してください。
 なお、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、課税証明書の省略はできませんのでご注意ください。また税未申告の方については、課税証明書の省略をする場合申告後申請ください。