

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。 該当がある項目に鉛筆で○をつける。
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すること同意します。
受給者番号

転入の場合、が必要。

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 オオサカ ウメコ 生年月日 T S H R 23年 11月 22日
氏名 大阪 梅子
送付先 郵便番号 住所 市×町△△1丁目2-3 本人の場合
加入医療保険等 被保険者氏名 大阪 梅子
被用者保険 業種別国民健康保険組合 市町村国民健康保険 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 22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」
申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。
受診者以外が申請する場合、が必要。
受診者が申請するが、送付先のみ他人の場合は不要。
※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、
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 城太郎
送付先 郵便番号
受診者との関係 夫
記入漏れに注意。
がないときは受診者宛に受給者証を送付する。

3 疾病 ①疾病名又は告示番号 97 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 装着認定基準に該当する。
軽症高額該当申請日の属する月を各週1-2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）
告示番号の記載でも可。
臨床調査個人票と相違ないか確認すること。

事務処理使用欄
年 月 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
該当として申請する場合、が必要。

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



<記載方法>

受診者の加入医療保険の種別によって下記のとおり記入してください。

- 被用者保険の被保険者の場合はA欄のみ記入
- 被用者保険の被扶養者（扶養家族）の場合はA欄及びB欄を記入
- 市町村国保、業種別国保、後期高齢者医療制度の場合は、A欄及びC欄に住民票の同一世帯員全員について記入
- マイナンバー連携希望の場合、世帯員のマイナンバーは同一保険加入者のみ記入

※市町村国保、業種別国保加入者は住民票が別でも同じ医療保険に加入している場合は、その方も記入してください。  
 ※被用者保険とは協会けんぽ、健保組合、共済組合といった会社などに雇用されて働く人が加入する医療保険です。

氏名 生年月日 ・課税年において16歳未満の方は☐してください。	受診者との続柄	受診者と同じ保険の加入者に○	受診者と別保険の加入者の保険種別	マイナンバー連携希望書類	個人番号（マイナンバー）【注】 1月1日時点の居住市区町村 ※1～6月申請は前年、7～12月申請は当年																	
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
フリガナ氏名 オオサカ ウメコ 大阪 梅子 T・S・H・R 29年11月22日	本人	○		<input checked="" type="checkbox"/> 住民票 <input checked="" type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報																		

受診者本人欄は、マイナンバー連携希望無しの場合も記載が必要です。

※受診者が被用者保険の扶養家族の場合記入（受診者が被保険者・組合員本人の場合は不要）

フリガナ氏名	受診者との続柄	受診者と同じ保険の加入者に○	課税証明書及び保険情報	個人番号（マイナンバー）
フリガナ氏名 T・S・H・R 年 月 日	保護者	○	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）

※受診者が市町村国保、業種別国保、後期高齢者医療制度の場合記入（住民票の同一世帯員全員）

氏名 生年月日	受診者との続柄	受診者と同じ保険の加入者に○	医療保険種別	課税証明書及び保険情報	個人番号（マイナンバー）																	
					9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8						
フリガナ氏名 オオサカ ジョウタロウ 大阪 城太郎 T・S・H・R 33年12月10日	保護者	○	<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input checked="" type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報																		
フリガナ氏名 オオサカ サクラ 大阪 桜 T・S・H・R 64年1月6日			<input checked="" type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報																		
フリガナ氏名 T・S・H・R 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報																		
フリガナ氏名 T・S・H・R 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報																		

受診者と異なる保険の場合は、医療保険種別に

受診者と同じ保険に加入している方は

- ◎受診者が生活保護受診者で医療保険に加入していない場合は、A欄のみ記入、医療保険に加入している場合は、上述の<記載方法>に従って記入してください。
- ◎市町村国保、業種別国保の世帯員は受診者と同じ記号、番号の場合に受診者と同じ保険の加入者として○を記入してください。
- ◎世帯調書に不備がある場合、マイナンバー連携による書類の省略はできません。
- ◎未申告の方は、必ず税の申告を済ませておいてください。マイナンバー連携の結果、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。
- ◎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	※マイナンバーを用いて書類省略する方で、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 大阪 城太郎 （受診者との続柄 夫）
	所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /
	番号 <input checked="" type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /

任意代理人が申請する場合は、必ず記載してください。