

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。

※ の項目に楷書で記入又は☑してください。

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 <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	<input type="checkbox"/> 追加	申請する疾病について	疾病名又は告示番号						
		<input type="checkbox"/> 変更		軽症高額該当の有無	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当なし				
<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おり、人工呼吸器等装着認定基準に該当する。								
<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"/>	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		
		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☑を記入して下さい。							
<input type="checkbox"/>	支給認定世帯	支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	あん分有りの場合は右に☑				
		支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		下記申立事項のとおり、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"/>	階層区分	申立事項	①【医療保険の資格情報が確認できる資料(「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】 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し、マイナンバーによる情報連携を希望しない同一保険加入者について、支給認定基準世帯員となることを了承します。							
			②【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。							
			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。							

《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

<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、業種別国保加入者で他県等に修学者がいるなど、住民票が別でも同じ記号・番号である場合は、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		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】			
生年月日						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			
A 受診者	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	本人 <input type="checkbox"/> 被保険者	/	/	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報				
	大・昭・平・令 年 月 日								

※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）

B 被保険者	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	保護者 <input type="checkbox"/> 保護者	○	/	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報				
	大・昭・平・令 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）

C 世帯員	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	保護者 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報									
	大・昭・平・令 年 月 日						受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）								
	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満						保護者 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報				
	大・昭・平・令 年 月 日											受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）			
	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満											保護者 <input type="checkbox"/> 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
大・昭・平・令 年 月 日	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）														
フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	保護者 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報										
大・昭・平・令 年 月 日						受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）									

- ◎受診者が生活保護受給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1枚目裏面【表①】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。

◎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 <div style="text-align: right;">委任者（受診者）氏 名 _____</div>
	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 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり / 電話番号 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /

【表②】変更事項の添付書類は次のとおりです。

変更事項	添付書類
疾病（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） ※軽症高額基準を「該当あり」で申請する場合は、医療費の確認ができる証明書等を添付ください。
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受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する者の資格情報が確認できる資料 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） ※①～③については、1枚目裏面「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、世帯調書に対象者の個人番号の記載がある場合は書類の提出を省略できます。 ※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。

【表③】月額自己負担上限額は次のとおりです。

公費負担者番号	階層区分 【受給者証記載区分】	階層区分の基準		自己負担割合（2割又は1割）		
				自己負担上限額（医療+介護）		
				一般	高額かつ長期 ※1	人工呼吸器等
54276019	上位所得【D】	支給認定世帯が 市町村民税課税	所得割額 25.1万円以上	30,000円	20,000円	1,000円
	一般所得Ⅱ【C2】		所得割額 7.1万円以上～25.1万円未満	20,000円	10,000円	
	一般所得Ⅰ【C1】		課税以上～所得割額7.1万円未満	10,000円	5,000円	
	低所得Ⅱ【B2】	支給認定世帯が 市町村民税非課税 ※2	本人収入基準額超 ※3	5,000円	5,000円	
	低所得Ⅰ【B1】		本人収入基準額以下 ※3	2,500円	2,500円	
54276027	生活保護等【A】	生活保護等受給者		0円	0円	0円
食事療養費				生活保護等【A】を除き全額自己負担		

※1 「高額かつ長期」とは申請日の属する月を含む過去12か月間で特定医療費総額が5万円を超える月が6回以上ある方。

※2 「市町村民税非課税（世帯）」とは、市町村民税の均等割と所得割のいずれもが非課税の世帯。

※3 本人収入の基準額については、令和8年6月30日まで「80万9千円」、令和8年7月1日以降「82万6,500円」となります。