

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 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 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）

	疾病の追加/変更	追加	変更	疾病名又は告示番号										
	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いる。												
	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。												
	階 層 区 分	変 更 理 由	医療保険の変更			支給認定基準世帯員の変更			所得の変更			生活保護等の開始/廃止		
			その他〔						変更と なった日		年 月 日			
		支 給 認 定 世 帯	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。							
			支給認定 基準世帯員			支給認定 基準世帯員			あん分 有りの場 合は右に ☑					
			支給認定 基準世帯員			支給認定 基準世帯員								
		申 立 事 項	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。											

《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

3 申請事項（表面からの続き）

☐	階層区分	申立事項	☐ 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】 ※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。 受診者本人の年金収入について、１～６のうち該当する内容に ○ をしてください。 [１．障害年金（基礎・厚生・共済） ４．特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、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） ２．寡婦年金 ３．遺族年金（基礎・厚生・共済）] ※１～５のいずれかに該当する場合 • 年金等金額がわかる書類の写し（年金振込通知書、年金額改定通知書等）を添付してください。 • 書類の添付よりその金額が８０万円以下だと確認できた場合は階層区分が低所得Ⅰ(B1)となります。 • 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Ⅱ(B2)となります。 ※いすれにもチェックがない場合は、「該当なし（いずれの年金も受給していない）」として取り扱います。				
			☐ ⑥【その他】 （ ）				
			☐ 【申し立てなし】（①～⑥の該当はありません。）				

☐	あん分対象者	あん分とは、保護者や「７世帯調書」に記載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ことや、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、受給者番号欄に生年月日、疾病名（もしくは告示番号）及び申請先自治体（大阪府以外の場合）を記入してください。				
		☐ 追加	☐	指定難病	氏　名	受給者番号
		☐ 削除				
		☐ 変更				
		☐	小児慢性			

【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。

4 支給開始日の遡及（疾病の追加・変更時のみ）

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	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 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()
上記の遡りが必要ない場合	☐ 1か月以上の遡りは必要ない

※保健所受付日（郵送の場合は消印日）を起算日として、最長3か月前の同じ日までを、特定医療費の支給開始日として申請することが可能です。ただし、臨床調査個人票に記載されている診断年月日から3か月以内の場合は、支給開始日を保健所受付日から3か月前に遡らず、支給開始は診断年月日（軽症高額対象者は、軽症高額の基準を満たした日の翌日）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か月の遡りとなります。（ただし診断年月日まで）

5 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	◎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(2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。
☐	マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない	◎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。 ◎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。

6 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		

【表①】 個人番号（マイナンバー）記載時の必要書類（保健所確認欄のため、申請者はチェック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)		☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 個人番号の記載のある住民票/住民票記載事項証明書 ☐ 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)
② 確認書類	個人番号を提供する方の身元確認	☐ 受診者	☐ 個人番号カード(表面) ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住証明書 ☐ その他() ≪上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ≫ ☐ 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」) ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特定医療費(指定難病)受給者証 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日又は住所の記載があるもの
		☐ 保護者 (患者が18歳未満の場合)	
		☐ 代理人	
		※ 代理権の確認	法定代理人 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 裁判所の決定通知書 任意代理人 ☐ 2枚目「委任状」欄に記載

※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。

住民票上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】																																				
	・課税年において16歳未満の方は☑してください。 ・書類省略希望の場合は、あてはまるものに☑してください。			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）																																				
受診者	フリガナ ☐ 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 年 月 日	本 人	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18"></td></tr></table>																																				
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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																	
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 ☐ 16歳未満 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																	
	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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																	
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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																		
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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要。異なる場合は記載。</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要。異なる場合は記載。																		
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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="18">受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）</td></tr></table>																			受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																		
受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）																																								

※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。
被用者保険で課税証明のみ省略希望の場合は、受診者及び被保険者のみ記入してください。
◎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。

◎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
	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 /

【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
指定難病の追加／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）
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住民票記載の者の医療保険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と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、世帯調書に個人番号の記載がある場合は書類（住民票・課税証明書）の提出を省略できます。ただし、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方の課税証明書の省略はできません。 ※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。

【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	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	本人収入80万円超	5,000円	5,000円	
	低所得Ⅰ【B1】		本人収入～80万円	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「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。