

1枚目（2枚目へ続く）

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容変更届

大阪府知事様 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、届出をします。

※ 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 電話番号										
	氏名													
	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 郵便番号										
	氏名													
受診者との関係	住 所													

3 届出事項

<input type="checkbox"/>	氏名	新	フリガナ 姓	名																
<input type="checkbox"/>	住 所	新	郵便番号	一																
医療保険		フリガナ	被保険者氏名 (世帯主・組合員)				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☑	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>	被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)		記号 ※左詰め															
		<input type="checkbox"/>	業種別国民健康保険組合		番号															
		<input type="checkbox"/>	市町村国民健康保険		保険者名称															
		<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療広域連合		保険者番号															
		<input type="checkbox"/>	生活保護等の受給者で医療保険の資格喪失		資格取得 年月日						年 月 日									
支給認定基準世帯員	支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者） ※受診者をのぞき、変更後の世帯員全員を記入してください。 ※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。																			
	世帯員氏名					世帯員氏名														
	世帯員氏名					世帯員氏名														

適用区分	アイウエオ VI V IV III II I
------	------------------------

『事務処理使用欄』	階層区分	適用区分	備考
年 月 日 ~ 年 月 日			R コケー 按
年 月 日 ~ 年 月 日			R コケー 按

住所変更により管轄が変わる場合は、保健所コード（裏面参照）を記載してください。

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	コード	保健所受付印	コード	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	ー	按

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。
※申立内容と事実に相違があった場合、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"/>	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。												
<input type="checkbox"/>	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。												
<input type="checkbox"/>	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。												
<input type="checkbox"/>	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。												
<input type="checkbox"/>	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】 受診者本人の年金収入について、1～6のうち該当する内容に <u>○</u> をしてください。 ※本人収入「80万円」については、 <u>令和7年7月1日以降「80万9千円」</u> となります。 <table border="1" style="margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> <tr><td>1. 障害年金（基礎・厚生・共済）</td><td>2. 寡婦年金</td><td>3. 遺族年金（基礎・厚生・共済）</td></tr> <tr><td>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</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>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</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. 該当なし（いずれの年金も受給していない）</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>※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。 ※いず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。</p>	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）		
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）													
<input type="checkbox"/>	⑥【その他】 ()												
<input type="checkbox"/>	<u>【申し立てなし】</u> (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 マイナンバー連携 ※該当の有無について☑してください。

<input type="checkbox"/>	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。 ◎世帯調査（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。 ◎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。 ◎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。
<input type="checkbox"/>	マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない	

6 DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している方

<input type="checkbox"/>	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、不開示設定等をすることにより、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)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏面） <input type="checkbox"/> 個人番号の記載のある住民票/住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 通知カード（通知カード廃止日（令和2年5月25日）以降、当該通知カードに係る記載事項に変更が無い場合に限る）
	□受診者	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（表面） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
② 確認書類	個人番号を提供する方の身元確認	※上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ <input type="checkbox"/> 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」) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 代理人※
	※ 代理権の確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人※ <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 裁判所の決定通知書 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 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。

2枚目

7世帯調書

住民票上同じ世帯員の全人数を記入ください	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歳未満の方は団してください。

※書類の省略を希望する場合は、あてはまるものに団をしてください。

◎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】							
				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 <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 住民票省略希望 <input type="checkbox"/> 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 年月日	本人								
保護者	フリガナ 受診者が18歳未満の場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 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）							

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枚目ウラ【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 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） 受診者との続柄	氏名
	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】添付書類は次のとおりです。

※全ての変更事項について受給者証（コピー）を添付してください。また、その他必要に応じて提出を求めることがあります。

※表面「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、◎住民票の添付が省略ができます。（ただし、業種別国民健康保険加入者・被用者保険非課税者の方の課税証明書の省略はできません。）

変更事項	添付書類								
氏名	新旧氏名が確認できる公的書類 (例) 戸籍謄本(抄本)、◎住民票(発行から6か月以内で生年月日及び新旧氏名が記載されたもの)、運転免許証、マイナンバーカード等								
住所	◎住民票(発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの)、運転免許証、マイナンバーカード等								
医療保険	保険種別	医療保険証	限度額適用認定証 (所持者のみ)	同一保険加入者の 課税証明書	同意書				
	業種別国民健康保険組合	○	○	○ ※16歳未満は申立書あり	○				
	大阪府外の市町村国民健康保険	○	○		○				
	大阪府内の市町村国民健康保険	○	○						
	被用者保険(課税者)	○	○						
	被用者保険(非課税者)	○	○	○ ※被保険者分のみ					
	後期高齢者医療広域連合	○	○						
生活保護階層の場合		• 上記の添付書類に併せて、福祉事務所等が発行する「生活保護の受給、停止、廃止」を証明する書類(発行から1か月以内)を添付してください。 • 医療保険の資格喪失の届出を行う場合は、保険者が発行する医療保険資格喪失証明書を添付して下さい。							
※階層区分の変更を希望する場合は、別途、変更申請が必要です。 ※現在加入している医療保険の資格取得年月日が届出年月日の前年である場合、希望の有無に関わらず、別途階層区分判定のための書類(住民票・課税証明書)が必要です。 ※あん分対象者がいる方は、対象者の指定難病受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー、もしくは医療保険証のコピーが必要です。									
支給認定基準世帯員	◎住民票(発行から6か月以内で生年月日が記載されたもの)及び医療保険証(コピー)								

【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	
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。