

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							
	氏名			電話番号							
	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							
	氏名			郵便番号				-			
受診者との関係											
	住所										

3 届出事項

☐	氏名	新	フリガナ 姓	名									
☐	住所	新	郵便番号				-						
☐	医療保険	フリガナ									受診者との続柄	☐ 本人 本人以外の場合は以下に記載	
		被保険者氏名 (世帯主・組合員)											
		☐ 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)	記号 ※左詰め										
		☐ 業種別国民健康保険組合	番号										
		☐ 市町村国民健康保険	保険者名称										
		☐ 後期高齢者医療広域連合	保険者番号										
☐	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	-	按
年	月	日	~	年	月	日	R	コ	ケ	-	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	-	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
A 受診者	フリガナ氏名 ☐ 16歳未満	本人	/	/	☐ 住民票 ☐ 課税証明書及び保険情報	
	T・S・H・R 年 月 日 ☐ 被保険者					

※ 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		○	/	☐ 課税証明書及び保険情報	
	T・S・H・R 年 月 日 ☐ 保護者					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 ☐ 16歳未満			☐ 被用者保険 ☐ 市町村国保 ☐ 国保組合 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護等	☐ 課税証明書及び保険情報	
	T・S・H・R 年 月 日 ☐ 保護者					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 ☐ 16歳未満			☐ 被用者保険 ☐ 市町村国保 ☐ 国保組合 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護等	☐ 課税証明書及び保険情報	
	T・S・H・R 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 ☐ 16歳未満			☐ 被用者保険 ☐ 市町村国保 ☐ 国保組合 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護等	☐ 課税証明書及び保険情報	
T・S・H・R 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 ☐ 16歳未満			☐ 被用者保険 ☐ 市町村国保 ☐ 国保組合 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護等	☐ 課税証明書及び保険情報		
T・S・H・R 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	※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 _____
	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】添付書類は次のとおりです。

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	医療保険情報 確認資料	同一保険加入者の 課税証明書
	業種別国民健康保険組合	◎	
	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	
<p>※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。</p>			
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◎医療保険情報確認資料(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 ※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。