

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"/>					
		下記①～⑤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
		～
		交付年月日
		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	④【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基準額※以下】 ※本人収入の基準額は、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。 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 <input checked="" type="radio"/> をしてください。				
			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）				
			※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基準額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、または受給額が基準額を超える場合は、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。				
			□ ⑤【その他】 ()				
			□ 【申し立てなし】（①～⑤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」に記入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場合や、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。					
		<input type="checkbox"/>	追加	<input type="checkbox"/>	指定難病	氏 名	受給者番号
		<input type="checkbox"/>	削除	<input type="checkbox"/>	小児慢性		
		<input type="checkbox"/>	変更				

【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か月よりも前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他()
上記の遡りが必要ない場合	<input type="checkbox"/> 1か月超の遡りは必要ない

※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 ※該当する項目に☑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	（提出省略対象書類：住民票・（非）課税証明書・医療保険情報の確認資料） ◎マイナンバー連携により書類の提出を省略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、書類の省略はできません。 ◎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。 ◎国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合加入者の方は、マイナンバー連携の結果、非課税であった場合は、各保険者に対し、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査事務のために、大阪府から非課税情報の提供を行うこととなっています。 この情報提供に同意される方のみマイナンバー連携を希望してください。
<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）	<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）
② 確認書類	<input type="checkbox"/> 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()
	<input type="checkbox"/> 保護者 （患者が18歳未満の場合）	
	<input type="checkbox"/> 代理人	≪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"/> 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
	※ 代理権の確認	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 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。

<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		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】
フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満 T・S・H・R 年 月 日		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	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

※ 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	フリガナ氏名 T・S・H・R 年 月 日		○		<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）

C 世帯員	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満 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 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 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 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 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 <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。