

更新申請書 記入例

1 枚目の記入例

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）

1 枚目（2・3 枚目へ続く。） ※ の項目に楷書で記入又は印してください。

連携
あり人工
呼吸器高額
長期按分
あり変更
あり

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6条第1項の規定により、以下の申請をします。また、4申し立て欄に記載のとおり申し立てます。

ア

1 受診者	フリガナ	コウヤマ		オツオ	（携帯） 090-1234-5678 （自宅） 06-1234-5678
	氏 名	姓	甲 山	名	
☐ 送付先					

※受診者以外が申請する場合、下記委任事項に印をし、下記「2 申請者欄」も記入してください。

イ

☒ 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	フリガナ			電話番号	080-1234-5678									
	氏 名	姓		名		郵便番号				-	4	5	6	7
☒ 送付先														
受診者との関係		住 所	妻 ○○市△△町××1丁目2-3-101											

3 受給者証コピー（最新のもの、左右両面）貼付欄（のり付けしてください。）

※受給者証のコピーを貼付しない場合は、最新の受給者証に記載されている事項を記入してください。

※受給者証の記載内容に変更がある場合は、その部分を二重線で消して変更届または変更申請書を提出してください。

ウ

特定医療費（指定難病）受給者証（コピー）				負担	軽症者 特例		高額かつ 長期	
公費負担者番号		54276019			人工呼吸器 等装着		同一世帯 内按分	
受給者番号		1234567		指定医療機関名	各都道府県または指定都市が指定する指定医療機関			
受診者	住所	○○市中町1-2-3			注意事項 ・指定医療機関が行う指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する治療が助成の対象です。 ・この証に記載がない場合でも、指定医療機関であれば使用できます。			
	氏名							
	生年月日							
健康保険 保険者				備考				
医療保険各法等 記号・番号		適用 区分						
疾 病				保護者（受診者 が18歳未満の 場合記入）	氏名		続柄	
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日			住所			
月額自己負担 上限額		円 階層 区分		上記のとおり認定します。 年 月 日 大阪府知事				

※ここに医療費受給者証の写しを貼ってください（左右両面必要）

事務処理使用欄

年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コ ケ ー 按
X+1年 1 月 1 日 ~ X+1年 12 月 31 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コ ケ ー 按
保健所（保健センター）担当者	保健所（保健センター）長印	大阪府知事印
土井垣 将		
※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		適用区分 ア イ ウ エ オ Ⅵ Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ

記載不要

指定難病の医療費助成の申請における
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書

～略～

厚生労働大臣 様

私は、上記の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

____年 ____月 ____日

住所： ☐ 申請書（表面）と同じ / _____（別の場合）

患者（受診者）署名： _____

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

- 3 -

3枚目		11世帯調書	
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 ・課税年において16歳未満の方は必ずしてください。 ・書類省略希望の場合は、あてはまるものに必ずしてください。	生年月日 大正・昭和 平成・令和	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 ☐ 課税証明書省略希望	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	受診者本人欄は、マイナンバー連携希望無しの方であってもマイナンバーの記入が必要です。
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	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	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	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	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	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2枚目裏面【表②】の確認書類①を添付してください。 任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。			
◎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	※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、委任状を提出してください。 （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旨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 /		

(1 枚目)

- ☐ 受診者の情報（氏名、電話番号）を記入してください。
患者さん本人が申請する場合で、送付先に変更がない場合は氏名の横に☑をしてください。
- ☐ 申請者が患者さん以外の場合に記入が必要です。また、委任欄にも☑が必要です。
送付先を申請者にする場合は申請者氏名の横に☑をしてください。
なお、申請者が患者さん本人で送付先のみ患者さん以外を希望される場合は
送付先住所など必要事項を記入のうえ、委任欄にチェックはせずに、「2 申請者 ☐送付先」に
☑してください。※患者さんが18歳未満の場合は、原則として保護者が申請者となります。
- ☐ 現在お持ちの医療受給者証（最新のもの）のコピーを貼り付けてください。コピーを貼り付けない
場合は、枠内の記入とコピーの提出が必要です。
内容に変更がある場合は、二重線で修正の上、別途変更の届出が必要です。
※詳しくは住所地を管轄する保健所へお問い合わせください。
- ☐ 臨床調査個人票の研究利用について、申請書 1 枚目の裏面をお読みいただき、同意される場合は、
申請書記載日を記入した上で署名をお願いします。住所について、申請書 1 枚目表面と同じであれば、
「申請書（表面）と同じ」に☑をお願いします。

(2 枚目表)

- ☐ 市町村民税非課税世帯で、患者さんの障害基礎年金等を含めた年間収入額(※)が80万9千円以下
場合は、申し立て欄に☑をしてください。
※患者さんが18歳未満の場合は全ての保護者分の収入額も含みます。
- ☐ 高額かつ長期の要件を満たす場合は「該当する」に☑をしてください。
※現在有効の受給者証について、高額かつ長期を該当へ変更したい場合や、更新申請時は「該当しない」で
申請したが、その後に該当するようになった場合は、別途変更申請の提出が必要です。
- ☐ 軽症高額該当の要件を満たす場合は「該当する」に☑をしてください。
キ・ク共通 申請には自己負担上限額管理票のページの写し等の添付が必要です。
- ☐ 患者さんと同じ医療保険の世帯に、難病や小児慢性の受給者がいる場合はご記入ください。
- ☐ マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する、希望しない、のどちらかに☑をしてください。

(3 枚目)

- ☐ 受診者本人欄はマイナンバー連携希望無しの場合も受診者のマイナンバーの記入が必要です。
- ☐ 任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。