

申請書記入方法（オモテ）

— 必ず本紙を確認のうえ、申請書類をご記入ください —

1 枚目オモテ

受診者以外の者が申請する場合チェック

受診者の氏名を記入

日中連絡がつかず電話番号を記入 ※不備や記載内容に疑義があった場合、お電話させていただきます。

受診者以外の者が申請する場合、申請者の「氏名・電話番号・住所・続柄」を記入

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） ※ 〇の項目に赤字で記入文は必ずしてください。
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111条）の規定により、以下の申請書について、4年1度で更新に配慮の上お申し込みをします。

1 受診者 フリガナ 氏名 電話番号 (携帯) (自宅)
 送付先

2 申請者 フリガナ 氏名 電話番号 (携帯) (自宅)
 送付先
受診者との関係 住所

3 受給者証コピー（最新のものを、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囲って変更箇所または変更申請書提出してください。

令和8年12月31日までの受給者証のコピーを貼付

記載不要

1 枚目ウラ

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

＜本同意書に関する説明＞

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成を実施しています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人情報票」は、医療費助成の対象となる否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人情報票が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、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いただける場合は、下記にご署名頂き、「臨床調査個人情報票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

＜データベースに登録される情報と個人情報保護＞
厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人情報票に記載された項目です。臨床調査個人情報票については、以下のURLをご参照ください。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築されています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができる「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切な利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることとなります。

＜データベースに登録された情報の活用方法＞

①厚生労働省のデータベースに登録された情報は、①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に関する研究
③医療企業等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治療の実行可能性等）や治療で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

＜同意の撤回＞

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合には、その情報の削除はできませんのでご了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

「提出いただいた臨床調査個人情報票の情報を個人情報として隠したうえで、治療研究に利用してよいですか」という同意欄になります。同意いただける場合のみ記入してください。（記入がなくてもかまいません）

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情報票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、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： _____

申請書記入方法（ウラ）

2枚目オモテ

2枚目（3枚目へ続く） ※該当する項目に印してください。

4 申し立て種 4-1 下記①～⑥のとおり、相違ないことを申し立てます。
 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（受診者が医療保険の資格情報を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世帯加入者については、支給決定基準世帯員となることを了します。）
 ②（所得証明書類）
 ③（上位所得）
 ④【支給決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82万6,500円以下】
 ⑤（その他）
 ⑥【申し立てなし】（①～⑤の該当はありません。）

5 高額療養治療継続者（高額かつ長期）の該当 ※該当の有無について印してください。
 6 軽度高齢該当 ※該当の有無について印してください。
 7 あん分対象者 ※該当がある場合のみ記入してください。
 8 マイナンバー連携 ※該当する項目に印してください。
 9 DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している方

自己負担上限額管理票を確認のうえ該当ありかなしのいずれかにチェック

市町村民税非課税世帯で、受診者の障害基礎年金などを合わせた令和7年の収入額が82万6,500円以下の場合はチェック

生活保護受給者で、健康保険に加入していない方は、チェックの上、「健康保険未加入」の文言を記載

受診者と同一世帯で同じ保険に加入している方内、難病や小児慢性の受給者がいる場合は記入

マイナンバーで書類省略を希望するかしないのいずれかにチェック

3枚目オモテ

3枚目 11世帯調査

加入の保険種別にチェック

マイナンバーを記入

令和8年1月1日時点の居住市区町村を記入

マイナンバー連携を希望する方のみマイナンバーを記入

申請者が受診者以外の者で、マイナンバー連携を希望する場合、記入

「受診者の氏名・生年月日」を記入

受診者が被用者保険の被扶養者の場合、被保険者の「氏名・生年月日・受診者から見た続柄」を記入

受診者が国民健康保険・業種別国保組合・後期高齢者医療保険の場合受診者と同一世帯員全員の「氏名・生年月日・受診者から見た続柄」を記入・「保険種別」にチェック。

申請者が受診者以外の者で、マイナンバー連携を希望する場合、記入