

難病の医療費助成制度

～特定医療費（指定難病）支給認定の申請のご案内～

原因が不明で治療法が確立していない、いわゆる難病のうち、厚生労働大臣が定める疾病を、「指定難病」といいます。

指定難病は治療が極めて困難で、医療費も高額となるため、「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」に基づき、認定基準を満たす方に治療費の一部を助成しています。

なお、指定難病の治療方法等に関する調査・研究を推進する目的もあり、同意いただいた方については病状等を国に提供しています。

助成を受けるためには申請を行い、認定を受ける必要があります。申請を検討される方は、この案内をお読みください。

1	制度の対象となる方	2ページ
2	申請から認定（受給者証発行）までの流れ	2ページ
3	臨床調査個人票（診断書）とその審査について	3ページ
4	軽症高額該当基準について	4ページ
5	医療費助成の対象となる医療・介護	5ページ
6	指定医・指定医療機関とは	5ページ
7	指定難病一覧	6ページ
8	医療費助成を受けた場合の自己負担額について	10ページ
9	自己負担上限月額の決まり方	11ページ
10	申請に必要な書類	12ページ
11	申請書記入例	15ページ
12	更新申請について	20ページ
13	マイナンバー（個人番号）の収集について	20ページ
14	医療費助成開始時期について	21ページ
15	医療費の償還払い	21ページ
16	申請・問い合わせ先一覧	22ページ

※住民票の住所が大阪府内（大阪市・堺市を除く）にある方は、大阪府内の保健所（東大阪市は保健センター、寝屋川市はすこやかステーション）で申請を受け付けています。

（患者が18歳未満の場合は、保護者の住民票の住所が大阪府内（大阪市・堺市を除く）であれば受け付けています。）

※大阪市・堺市の方は、各市で申請を受け付けています。

1 制度の対象となる方

大阪府で医療費助成の対象となる方は、下記(1)及び(2)を満たす方です。

- (1) 指定難病に罹患しており、厚生労働大臣が定める診断基準を満たす方のうち、次の①又は②に該当する方
- ① 厚生労働大臣が定める重症度を満たす方
 - ② 指定難病に係る治療において、申請した月以前の12か月以内に医療費総額(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上ある方(軽症高額該当4ページ参照)。
※上記に該当するかどうかは、主治医及び医療機関にご相談ください。
- (2) 住民票の住所が大阪府内(大阪市・堺市を除く)にある方
※大阪市・堺市及び大阪府外の方は、お住まいの各自自治体にお問い合わせください。

2 申請から認定(受給者証発行)までの流れ

法改正により令和5年10月1日から
医療費助成開始日が変わりました。

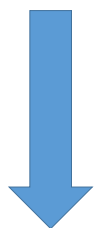
申請

- 居住地を管轄する保健所(P2-1参照)へ申請。(申請に必要な書類についてはP1-1参照)
- 重症度を満たしていることを診断した日から医療費助成の有効期間が始まります。(申請日から最長3か月までの遡りが可能。)※法施行日の令和5年10月1日より前の遡りはできません。
- 郵送での申請を希望される場合は、各申請先窓口にお問い合わせください。



審査

- 提出された臨床調査個人票(診断書)を、厚生労働省の認定基準に基づき審査します。記載内容に不備や疑義がある場合は記載した指定医に照会を行います。その際は通常に比べ審査に時間がかかりますのでご了承下さい。



審査の結果
認定となった場合

受給者証の発行

- 大阪府から申請者(送付先)あてに普通郵便で受給者証を送付します。
- 発行までの期間は、申請書類一式の内容に不備がない場合で、約3か月かかります。
- 原則、診断年月日(有効期間開始日)にさかのぼって特定医療費が適用されますので、受給者証を発行までの間の償還請求(還付請求)をすることができます。(P1-9参照)



審査の結果不認定の場合

不認定通知の発送

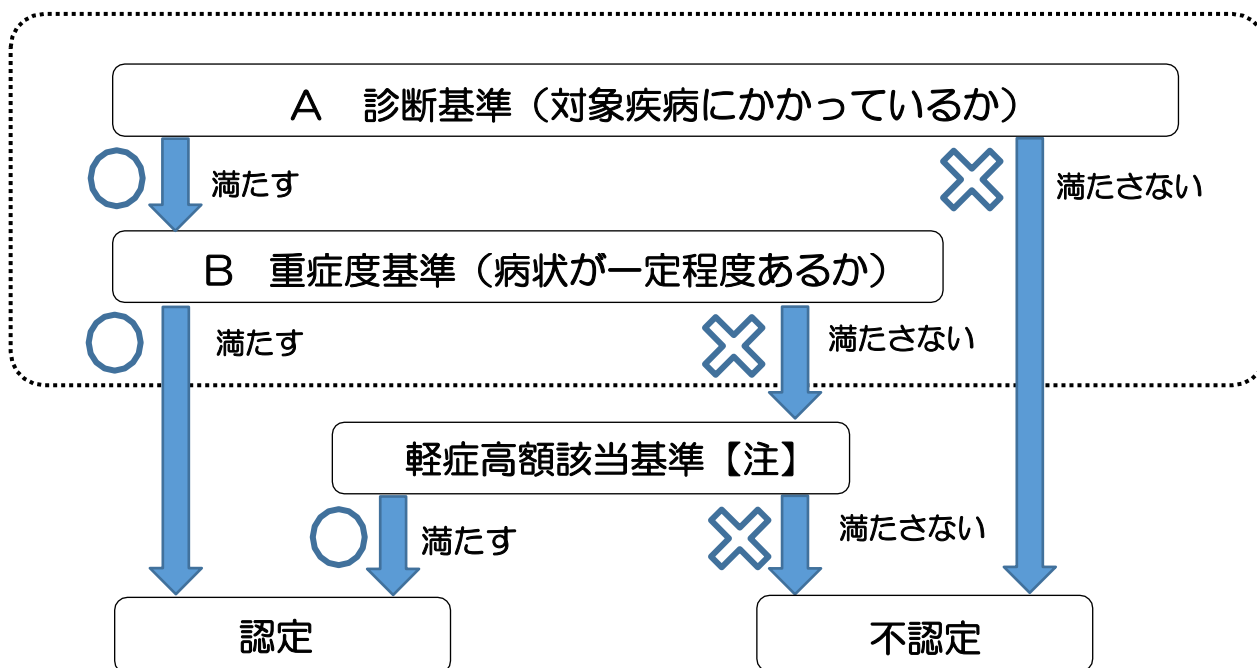
不認定となった場合は、認定基準を満たさないと判断された理由を記載した通知を大阪府から送付します。

3 臨床調査個人票（診断書）とその審査について

- 臨床調査個人票は、「指定医」（P5参照）に記載を依頼してください。
「難病指定医」については、臨床調査個人票の作成を依頼する医療機関に問い合わせいただくか、医療機関所在地の各都道府県又は指定都市のホームページでご確認ください。
（例：「大阪府 難病指定医」で検索→大阪府が指定する難病指定医の一覧を確認）
- 臨床調査個人票は、各保健所等の窓口（P21参照）で配布しているほか、厚生労働省または難病情報センターのホームページからダウンロードできます。
- 次の疾病については、臨床調査個人票に加えて、添付資料が必要です。

添付資料が必要な指定難病		
告示番号	疾病名	添付資料
47	バージャー病	血管画像検査の電子ファイルまたは報告書のコピー
127	前頭側頭葉変性症	画像読影レポートまたはそれと同内容の文書のコピー （判読医の氏名の記載されたもの）
224	紫斑病性腎炎	病理所見のレポート
271	強直性脊椎炎	腰椎と仙腸関節の엑스線画像。 撮影されていればMRI画像も提出。

医学的審査（臨床調査個人票の審査）の流れ



【注】軽症高額該当基準については次ページをご覧ください。

※医学的審査で認定となった場合でも、申請に必要な書類に不備がある場合は、支給認定の要件を満たさないこととして、「不認定」になる場合があります。

4 軽症高額該当基準について

軽症高額該当基準とは、診断基準は満たしているが重症度基準を満たさない方で、指定難病に係る医療費が一定期間に一定額以上生じている場合に、特例的に支給認定を行う制度です。

- 申請日の直近 12 か月（申請月は申請日まで）のうち、指定難病に係る医療費総額（10割額※）が 33,330 円を超える月が 3 か月以上ある方が対象です。

※ 医療費総額（10割額）とは

指定難病の治療等（診察や投薬など）に要した費用の総額をいいます。

（窓口で支払った自己負担額ではありません。文書料や保険外診療分は含みません。）

<医療費総額（10割額）が33,330円より多くなる場合の自己負担の目安>

窓口負担3割の場合 → 月額 10,000 円以上の自己負担額

窓口負担2割の場合 → 月額 6,670 円以上の自己負担額

窓口負担1割の場合 → 月額 3,340 円以上の自己負担額

- (例) 令和8年9月に特定医療費(指定難病)の支給認定を申請する場合
→ 令和7年10月から令和8年9月(申請日)までの12か月間の医療費で算定

令和7年										令和8年									
月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
						○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	○		

申請月は
申請日まで

①

②

③

申請日の直近 12 か月で、月の医療費総額（10割額）が 33,330 円を超える月（○）が 3か月以上ある。

5 医療費助成の対象となる医療・介護

医療費助成制度の対象となるものは、難病法に基づく指定医療機関で行われる、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医療です。

医療費助成の対象となるもの

(医療保険を適用した)

入院、外来、薬代、訪問看護

(介護保険を適用した)

訪問看護

訪問リハビリテーション

居宅療養管理指導

介護療養施設サービス

介護予防訪問看護

介護予防訪問リハビリテーション

介護予防居宅療養管理指導

介護医療院サービス

医療費助成の対象外のもの例

・支給認定期間外の医療費

・指定医療機関外で受けた医療費

・食事療養費（生活保護受給者等除く）

・認定されている病名以外の医療費

例) 風邪や虫歯の治療

薬などを起因とした副作用の治療 など

・保険適用外の費用

例) 臨床調査個人票などの文書料

通院や訪問診療などに要した交通費

差額ベッド代やおむつなどの費用

労務災害や交通事故に係る医療費 など

介護保険の利用限度額を超えた介護サービス

・医療費助成の対象となるものを除く介護保険サービス

例) ティサービスや訪問介護サービス など

・療養費の支給対象となる医療費

例) はり、きゅう及びあん摩・マッサージ、

柔道整復の費用

治療用装具の作成・装着費用

海外の医療機関で受けた医療費

資格確認書等未提示などにより、

10割負担した医療費 など

・他の公費を適用した後の医療費

例) 小児慢性特定疾病医療費助成適用後の医療費

重度障がい者医療費助成適用後の医療費 など

6 指定医・指定医療機関とは

「指定医」とは・・・

申請に必要な「臨床調査個人票（診断書）」を作成できる医師です。

新規申請の診断書は、都道府県や指定都市が指定した「難病指定医」のみが作成できます。

大阪府が指定した医師はホームページで公開しています ([大阪府 指定医 一覧](#) で検索)。

※「協力難病指定医」は新規申請の診断書は作成できませんのでご注意ください。

協力難病指定医は、更新申請の臨床調査個人票を作成できる医師です。

「指定医療機関」とは・・・

難病の受給者証が使用できる医療機関です。

都道府県や指定都市が指定した病院、薬局、訪問看護ステーション、介護医療院が対象です。

大阪府が指定した医療機関はホームページで公開しています ([大阪府 難病 医療機関](#) で検索)。

7 指定難病一覧（番号は告示番号）

※令和7年4月から疾病数が348疾病に拡大しています。

	348疾病（あいうえお順）	告示番号	
あ	アイカルディ症候群	135	
	アイザックス症候群	119	
	IgA腎症	066	
	IgG4関連疾患	300	
	亜急性硬化性全脳炎	024	
	悪性関節リウマチ	046	
	アジソン病	083	
	アッシャー症候群	303	
	アトピー性脊髄炎	116	
	アペール症候群	182	
	アラジール症候群	297	
	α1-アンチトリプシン欠乏症	231	
	アルポート症候群	218	
	アレキサンダー病	131	
	アンジェルマン症候群	201	
	アントレー・ピクスラー症候群	184	
	い	イソ吉草酸血症	247
		一次性ネフローゼ症候群	222
		一次性膜性増殖性糸球体腎炎	223
1p36欠失症候群		197	
遺伝性自己炎症疾患		325	
遺伝性ジストニア		120	
遺伝性周期性四肢麻痺		115	
遺伝性膀胱炎		298	
遺伝性鉄芽球性貧血		286	
う		ウィーバー症候群	175
		ウィリアムズ症候群	179
	ウィルソン病	171	
	ウエスト症候群	145	
	ウェルナー症候群	191	
	ウォルフラム症候群	233	
	ウルリッヒ病	029	
え	HTLV-1 関連脊髄症	026	
	HTRA1 関連脳小血管病	123	
	ATR-X症候群	180	
	エーラス・ダンロス症候群	168	
	エプスタイン症候群	287	
	エプスタイン病	217	
	エマヌエル症候群	204	
	LMNB1 関連大脳白質脳症	342	
	MECP2重複症候群	339	
	遠位型ミオパチー	030	
	お	黄色靱帯骨化症	068
		黄斑ジストロフィー	301
		大田原症候群	146
オクシピタル・ホーン症候群		170	
オスラー病		227	

か	カーニー複合	232	
	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	141	
	潰瘍性大腸炎	097	
	下垂体性ADH分泌異常症	072	
	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	076	
	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	077	
	下垂体性TSH分泌亢進症	073	
	下垂体性PRL分泌亢進症	074	
	下垂体前葉機能低下症	078	
	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）	079	
	家族性地中海熱	266	
	家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）	336	
	家族性良性慢性天疱瘡	161	
	カナバン病	307	
	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	269	
	歌舞伎症候群	187	
	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症	258	
	カルニチン回路異常症	316	
	肝型糖原病	257	
	間質性膀胱炎（ハンナ型）	226	
き	環状20番染色体症候群	150	
	完全大血管転位症	209	
	眼皮膚白皮症	164	
	偽性副甲状腺機能低下症	236	
	ギャロウェイ・モフト症候群	219	
	球脊髄性筋萎縮症	001	
	急速進行性糸球体腎炎	220	
	強直性脊椎炎	271	
	極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症	344	
	巨細胞性動脈炎	041	
	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）	279	
	巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）	280	
	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	100	
	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）	278	
	筋萎縮性側索硬化症	002	
	筋型糖原病	256	
	筋ジストロフィー	113	
	<	クッシング病	075
		クリオピリン関連周期熱症候群	106
		クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群	281
クルーゾン症候群		181	
グルコーストランスポーター1欠損症		248	
グルタル酸血症1型		249	
グルタル酸血症2型		250	
クロウ・深瀬症候群		016	
クローン病		096	
クロンカイト・カナダ症候群		289	

け	痙攣重積型（二相性）急性脳症	129	
	結節性硬化症	158	
	結節性多発動脈炎	042	
	血栓性血小板減少性紫斑病	064	
	限局性皮質異形成	137	
	原発性高カイクロミクロン血症	262	
	原発性硬化性胆管炎	094	
	原発性抗リン脂質抗体症候群	048	
	原発性肝外門脈閉塞症	346	
	原発性側索硬化症	004	
	原発性胆汁性胆管炎	93	
	原発性免疫不全症候群	065	
	顕微鏡的多発血管炎	043	
	こ	高IgD症候群	267
		好酸球性消化管疾患	098
		好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	045
		好酸球性副鼻腔炎	306
抗糸球体基底膜腎炎		221	
後縦靭帯骨化症		069	
甲状腺ホルモン不応症		080	
拘束型心筋症		059	
高チロシン血症1型		241	
高チロシン血症2型		242	
高チロシン血症3型		243	
後天性赤芽球癆		283	
広範脊柱管狭窄症		070	
膠様滴状角膜ジストロフィー		332	
コケイン症候群		192	
コステロ症候群		104	
骨形成不全症		274	
5p欠失症候群		199	
コフィン・シリス症候群		185	
コフィン・ローリー症候群		176	
混合性結合組織病		052	
さ		鰓耳腎症候群	190
		再生不良性貧血	060
		再発性多発軟骨炎	055
		左心低形成症候群	211
		サルコイドーシス	084
		三尖弁閉鎖症	212
三頭酵素欠損症		317	

し	CFC症候群	103
	シェーグレン症候群	053
	色素性乾皮症	159
	自己貪食空胞性ミオパチー	032
	自己免疫性肝炎	095
	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	288
	自己免疫性溶血性貧血	061
	シトステロール血症	260
	シトリン欠損症	318
	紫斑病性腎炎	224
	脂肪萎縮症	265
	若年性特発性関節炎	107
	若年発症型両側性感音難聴	304
	シャルコー・マリー・トゥース病	010
	重症筋無力症	011
	修正大血管転位症	208
	出血性線溶異常症	347
	シュベール症候群関連疾患	177
	シュワルツ・ヤンペル症候群	033
	神経細胞移動異常症	138
	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	125
	神経線維腫症	034
	神経有棘赤血球症	009
	進行性核上性麻痺	005
	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症	338
	進行性骨化性線維異形成症	272
	進行性多巣性白質脳症	025
進行性白質脳症	308	
進行性ミオクローヌステんかん	309	
心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	214	
心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	213	
す	睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症およびてんかん性脳症	154
	スタージ・ウェーバー症候群	157
	スティーヴンス・ジョンソン症候群	038
	スミス・マギニス症候群	202

せ	脆弱X症候群	206	
	脆弱X症候群関連疾患	205	
	成人発症スチル病	054	
	脊髄空洞症	117	
	脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く。)	018	
	脊髄髄膜瘤	118	
	脊髄性筋萎縮症	003	
	セピアプテリン還元酵素 (SR) 欠損症	319	
	前眼部形成異常	328	
	全身性アミロイドーシス	028	
	全身性エリテマトーデス	049	
	全身性強皮症	051	
	先天異常症候群	310	
	先天性横隔膜ヘルニア	294	
	先天性核上性球麻痺	132	
	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症	330	
	先天性魚鱗癬	160	
	先天性筋無力症候群	012	
	先天性グリコシルホスファチジルイノシ トール (GPI) 欠損症	320	
	先天性三尖弁狭窄症	311	
	先天性腎性尿崩症	225	
	先天性赤血球形成異常性貧血	282	
	先天性僧帽弁狭窄症	312	
	先天性大脳白質形成不全症	139	
	先天性肺静脈狭窄症	313	
	先天性副腎低形成症	082	
	先天性副腎皮質酵素欠損症	081	
	先天性ミオパチー	111	
	先天性無痛無汗症	130	
	先天性葉酸吸収不全	253	
	線毛機能不全症候群 (カルタゲナー症候群 を含む。)	340	
	前頭側頭葉変性症	127	
	そ	早期ミオクロニー脳症	147
		総動脈幹遺残症	207
		総排泄腔外反症	292
		総排泄腔遺残	293
		ソトス症候群	194
	た	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	284
		第14番染色体父親性ダイソミー症候群	200
		大脳皮質基底核変性症	007
		大理石骨病	326
		高安動脈炎	040
		多系統萎縮症	017
		タナトフォリック骨異形成症	275
		多発血管炎性肉芽腫症	044
		多発性硬化症/視神経脊髄炎	013
		多発性嚢胞腎	067
		多脾症候群	188
		タンジール病	261
		単心室症	210
		弾性線維性仮性黄色腫	166
		胆道閉鎖症	296

ち	遅発性内リンパ水腫	305	
	チャーシ症候群	105	
	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	134	
中	中毒性表皮壊死症	039	
	腸管神経節細胞僅少症	101	
	TRPV4異常症	341	
て	TNF受容体関連周期性症候群	108	
	低ホスファターゼ症	172	
天	天疱瘡	035	
	特発性拡張型心筋症	057	
と	特発性間質性肺炎	085	
	特発性基底核石灰化症	027	
	特発性血栓症 (遺伝性血栓性素因によるものに限る。)	327	
	特発性後天性全身性無汗症	163	
	特発性大腿骨頭壊死症	071	
	特発性多中心性キャスルマン病	331	
	特発性門脈圧亢進症	092	
	トラベ症候群	140	
	な	中條・西村症候群	268
		那須ハコラ病	174
		軟骨無形成症	276
		難治頻回部分発作重積型急性脳炎	153
に	22q11.2欠失症候群	203	
	乳児発症STING関連血管炎	345	
	尿素サイクル異常症	251	
乳	乳幼児肝巨大血管腫	295	
	ヌーナン症候群	195	
ぬ	ネイルパテラ症候群 (爪膝蓋骨症候群) / LMX1B関連腎症	315	
	ね	ネフロン癆	335
脳クレアチン欠乏症候群		334	
脳腱黄色腫症		263	
脳内鉄沈着神経変性症		121	
脳表ヘモジデリン沈着症		122	
膿疱性乾癬 (汎発型)		037	
嚢胞性線維症		299	
は		パーキンソン病	006
		バージャー病	047
		肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症	087
	肺動脈性肺高血圧症	086	
	肺胞蛋白症 (自己免疫性又は先天性)	229	
	肺胞低換気症候群	230	
	ハッチンソン・ギルフォード症候群	333	
	バッド・キアリ症候群	091	
	ハンチントン病	008	

ひ	PCDH19関連症候群	152	
	PURA関連神経発達異常症	343	
	非ケトーシス型高グリシニン血症	321	
	肥厚性皮膚骨膜炎	165	
	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	114	
	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	124	
	肥大型心筋症	058	
	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	239	
	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	238	
	左肺動脈右肺動脈起始症	314	
	ピッカースタッフ脳幹脳炎	128	
	非典型溶血性尿毒症症候群	109	
	非特異性多発性小腸潰瘍症	290	
	皮膚筋炎/多発性筋炎	050	
	表皮水疱症	036	
	ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸型）	291	
	ふ	VATER症候群	173
ファイファー症候群		183	
ファロー四徴症		215	
ファンコニ貧血		285	
封入体筋炎		015	
フェニルケトン尿症		240	
副甲状腺機能低下症		235	
複合カルボキシラーゼ欠損症		255	
副腎白質ジストロフィー		020	
副腎皮質刺激ホルモン不応症		237	
ブラウ症候群		110	
ブラダー・ウィリ症候群		193	
プリオン病		023	
プロピオン酸血症		245	
へ		閉塞性細気管支炎	228
	β-ケトチオラーゼ欠損症	322	
	ベーチェット病	056	
	バスレムミオパチー	031	
	ペリー病	126	
	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）	234	
	片側巨脳症	136	
	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	149	
	ほ	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	323
		発作性夜間ヘモグロビン尿症	062
		ホモシスチン尿症	337
ポルフィリン症		254	
ま	マリネスコ・シェーグレン症候群	112	
	マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群	167	
	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー	014	
	慢性血栓栓性肺高血圧症	088	
	慢性再発性多発性骨髄炎	270	
慢性特発性偽性腸閉塞症	099		

み	ミオクロニー欠神てんかん	142
	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	143
	ミトコンドリア病	021
む	無虹彩症	329
	無脾症候群	189
	無βリボタンパク血症	264
め	メープルシロップ尿症	244
	メチルグルタコン酸尿症	324
	メチルマロン酸血症	246
	メビウス症候群	133
	免疫性血小板減少症	063
	メンケス病	169
	も	網膜色素変性症
もやもや病		022
モワット・ウィルソン症候群		178
や	ヤング・シン普森症候群	196
ゆ	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	148
よ	4p欠失症候群	198
ら	ライソゾーム病	019
	ラスムッセン脳炎	151
	ランドウ・クレフナー症候群	155
り	リジン尿性蛋白不耐症	252
	両大血管右室起始症	216
	リンパ管腫症/ゴーハム病	277
	リンパ脈管筋腫症	089
る	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）	162
	ルビンシュタイン・テイビ症候群	102
れ	レーベル遺伝性視神経症	302
	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症	259
	レット症候群	156
	レノックス・ガストー症候群	144
ろ	ロウ症候群	348
	ロスムンド・トムソン症候群	186
	肋骨異常を伴う先天性側弯症	273

8 医療費助成を受けた場合の自己負担額について

- ① 医療保険や介護保険適用後の負担割合が3割から2割に軽減されます。
(自己負担割合が元々1割~2割の方はそのままです。)
- ② 受給者証に記載された自己負担上限額が、毎月の負担の限度額となります。
(医療保険・介護保険の自己負担額は合算できます。)

例) 医療費総額(10割額)が月60,000円、月額自己負担上限額1万円の場合

患者負担(3割額) 18,000円		医療保険負担(7割額) 42,000円	
↓ 助成適用			
患者負担 10,000円	医療費助成 8,000円	医療保険負担(7割額) 42,000円	

① 自己負担が2割になり18,000円→12,000円
② 更に上限額適用で12,000円→10,000円

<自己負担上限額表> ※算定方法は次ページ

階層区分 (所得の区分)		階層区分の基準 (支給認定世帯の課税額 及び患者本人の所得)		患者負担割合: 2割(1割の方は1割)		
				自己負担上限月額 (外来+入院+薬代+訪問看護等)		人工呼吸器等 装着者
				一般	高額かつ長期 【注】	
A	生活保護	—		0円		0円
B1	低所得Ⅰ	市町村民税 非課税	患者本人の年収 80.9万円*以下	2,500円		1,000円
B2	低所得Ⅱ		患者本人の年収 80.9万円*超	5,000円		
C1	一般所得Ⅰ	市町村民税(所得割額) (均等割)課税以上7.1万円未満		10,000円	5,000円	
C2	一般所得Ⅱ	市町村民税(所得割額) 7.1万円以上25.1万円未満		20,000円	10,000円	
D	上位所得	市町村民税(所得割額) 25.1万円以上		30,000円	20,000円	
入院中の食事代				全額自己負担 (生活保護等受給者は自己負担なし)		

【注】高額かつ長期(高額難病治療継続者)(一般所得Ⅰ以上の方が対象です)

- ・保健所での申請手続きが必要です。
- ・申請受付日の直近12か月(申請した月を含む)のうち、指定難病でかかった特定医療費(10割額)が50,000円を超える月が、6か月以上ある場合が対象です。
- ・算定する6か月は、認定を受けた受給期間内である必要があります。
- ・申請受付日の翌月から適用になります。

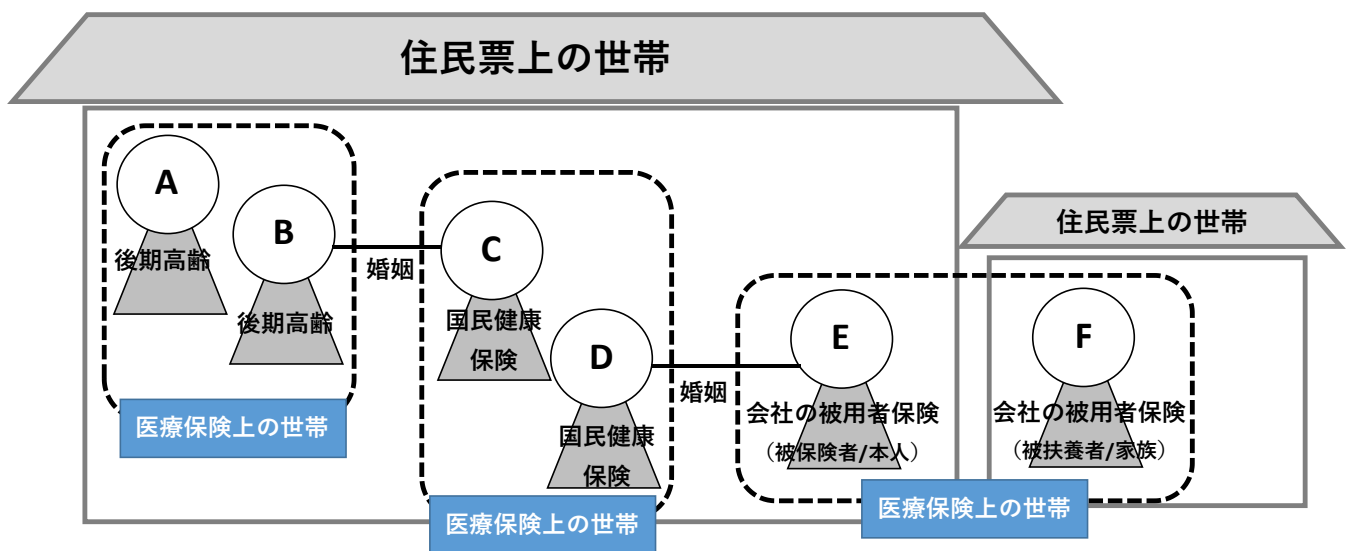
※年収の基準額については、令和8年7月から82万6,500円となります。

9 月額自己負担上限額の決定方法

月額自己負担上限額は、**支給認定世帯**の市町村民税額（所得割額）等に応じて算定されます。

<支給認定世帯とは？>

- 原則、患者及び患者と同じ医療保険に加入している方が、支給認定世帯です。
- 住民票上同じ世帯でも、加入する医療保険が異なる方は、支給認定世帯には入りません。
※患者が18歳未満の場合は、保護者等の状況により支給認定世帯に含まれる場合があります。
- 会社の被用者保険については、被保険者との関係によって支給認定世帯が決まります。



患者がBの場合【後期高齢者医療制度】→BとAが支給認定世帯員

患者がDの場合【国民健康保険】→DとCが支給認定世帯

患者がEの場合【会社の被用者保険：被保険者本人】→Eのみ

患者がFの場合【企業等の被用者保険：被扶養者】→Eのみ

10 申請に必要な書類について

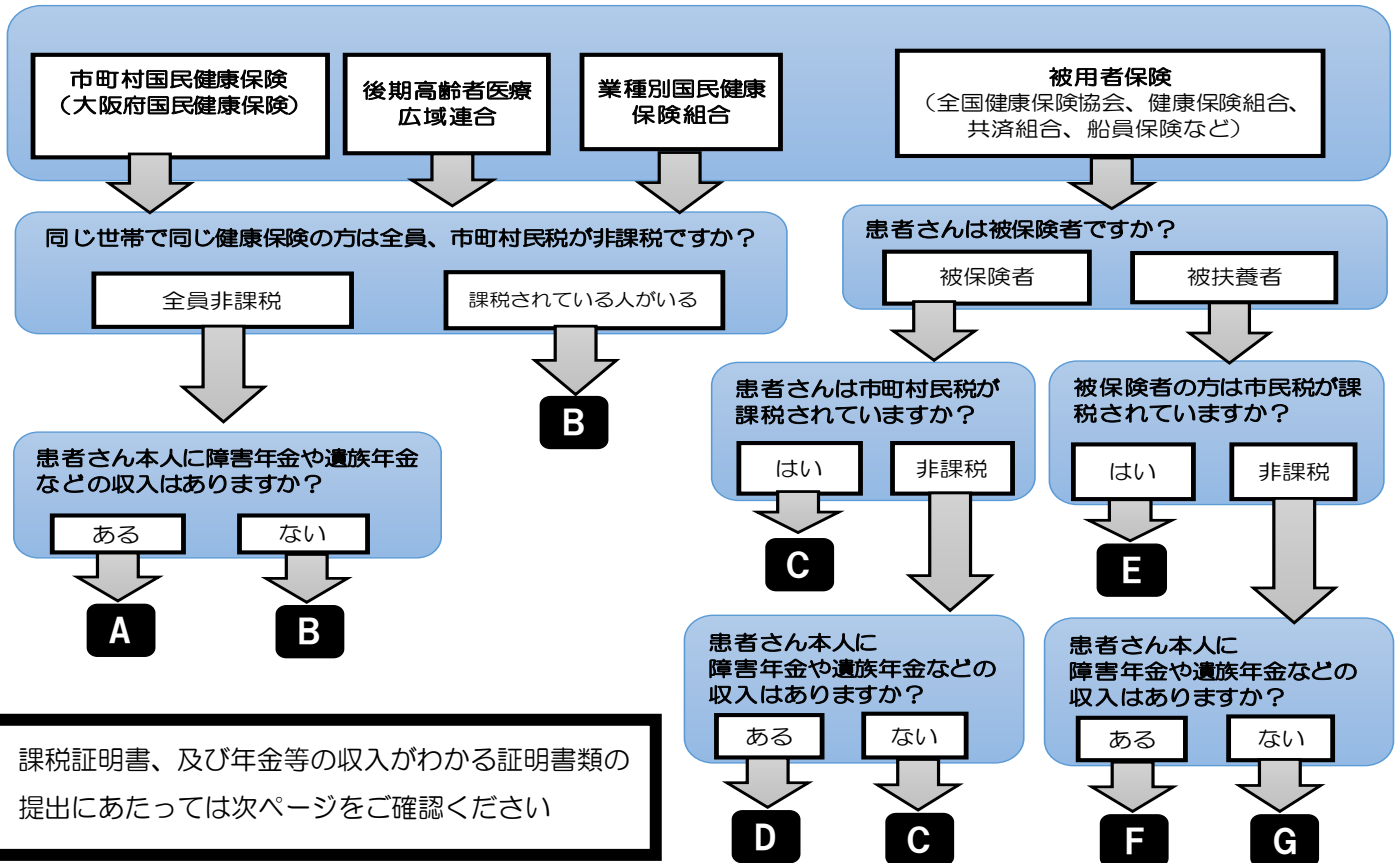
必ず提出が必要な書類・・・①から⑤

- | |
|--|
| ① 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規用）
※14～16ページの記入例を参考に記入して下さい。 |
| ② 臨床調査個人票（診断書）（難病指定医が記載した日から6か月以内のもの）
※一部疾病には、CTや検査所見等の添付資料が必要です。詳細は3ページをご確認ください。 |
| ③ 医療保険の資格情報が確認できる資料
（「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「マイナポータルの画面の写し」等） |
| ④ 世帯全員の住民票（生年月日の記載がある、直近6か月以内のもの） |
| ⑤ 市町村民税課税証明書（原本）
患者の障害基礎年金その他年金、給付金等の証明書類（不要な場合があります。）
※12、13ページをご確認ください。 |

該当者のみ提出が必要な書類・・・⑥から⑩

- | |
|---|
| ⑥ 生活保護等受給者、境界層該当者であることを証明する書類 <ul style="list-style-type: none">・福祉事務所で発行される生活保護受給者であることを証明する書類（生活保護受給証明書）・福祉事務所で発行される境界層該当者であることを証明する書類・福祉事務所で発行される中国残留邦人等の支援給付を証明する書類 |
| ⑦ 受給者証のコピー※申請手続き中の場合は、当該申請書の写し <ul style="list-style-type: none">・患者と同じ健康保険の方で難病の受給者がいる場合、その方の受給者証のコピー・患者と同じ健康保険の方で小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合、その方の小児慢性受給者証のコピー |
| ⑧ 指定難病に係る医療費総額証明書（軽症高額該当基準※に該当する方）
※4ページをご覧ください。なお、申請時に添付されなくても、必要な場合は、後日提出を求めます。 |

患者さんはどの医療保険に加入していますか？



課税証明書、及び年金等の収入がわかる証明書類の提出にあたっては次ページをご確認ください

必要な医療保険の資格情報が確認できる資料		必要な課税証明書【注】及び年金等の収入がわかる証明書類	
A	同じ世帯の方全員分	・ 同じ医療保険の方全員分の課税証明書	A
B		・ 患者さんの年金等の収入額がわかるもののコピー	
C	患者さん (被保険者) 分	・ 同じ医療保険の方全員分の課税証明書	B
D		・ 患者さんの課税証明書	
E	患者さんと被保険者分 (患者さんの資料で被保険者名が確認できる場合は患者さん分のみで可)	・ 患者さんの課税証明書	C
F		・ 患者さんの年金等の収入がわかるもののコピー	
G		・ 被保険者の課税証明書	
		・ 被保険者の課税証明書	
		・ 患者さんの課税証明書	F
		・ 患者さんの年金等の収入額がわかるもののコピー	
		・ 被保険者の課税証明書	G
		・ 患者さんの課税証明書	

※医療保険の資格情報が確認できる資料
 (「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「マイナポータル」の画面の写し)等
 【注】・15歳以下(課税年において中学生以下)の方については省略が可能です。
 ・患者が18歳未満の場合は、加入している医療保険にかかわらず全ての保護者分が必要となります場合があります。
 ・生活保護等受給者の方で被用者保険に加入されていて、被保険者が非課税の場合は課税証明書の提出が必要です。

必要な課税証明書は下記のとおりです

- ・患者が加入する医療保険の種類により、提出いただく対象者が異なります。(12ページで確認ください)
また、**課税証明書は原本が必要**です。
- ・**課税証明書の必要年度は、申請の時期によって異なります。**下の表でご確認ください。

申請書類の受付日	課税証明書の年度	取得先
令和7年7月1日～ 令和8年6月30日	令和7年度の課税証明書 (令和6年1月から12月の所得)	令和7年1月1日時点の住所地の 市町村の税務担当課
令和8年7月1日～ 令和9年6月30日	令和8年度の課税証明書 (令和7年1月から12月の所得)	令和8年1月1日時点の住所地の 市町村の税務担当課

毎年6月頃から、各市町村の税務担当課窓口で当年度の課税証明書を取得できるようになりますが、**6月30日までに申請をされる場合は、前年度の課税証明書・非課税証明書が必要となりますので、**特にご注意ください。

【例】令和8年6月15日に新規申請をする場合

→令和7年度の課税証明書(令和6年分の合計所得が記載されている)を提出してください。

必要な年金等の収入がわかる証明書類は下記のとおりです

給付の種類	必要書類
国民年金法に基づく「障害基礎年金」「遺族基礎年金」「寡婦年金」と法改正前の国民年金法に基づく「障害年金」	年金振込通知書 年金額改定通知書 支給額変更通知書 年金証書 のうち、いずれか ひとつのコピー
厚生年金保険法に基づく「障害厚生年金」「障害手当金」「遺族厚生年金」と法改正前の厚生年金保険法に基づく「障害年金」	
船員保険法に基づく「障害年金」「障害手当金」と法改正前の船員保険法に基づく「障害年金」	
国家公務員共済組合法に基づく「障害共済年金」「障害一時金」「遺族共済年金」と法改正前の国家公務員等共済組合法に基づく「障害年金」	
地方公務員等共済組合法に基づく「障害共済年金」「障害一時金」「遺族共済年金」と法改正前の地方公務員等共済組合法に基づく「障害年金」	
私立学校教職員共済法に基づく「障害共済年金」「障害一時金」「遺族共済年金」と法改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく「障害年金」	
厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち「障害共済年金」、同条第六項に規定する移行農林年金のうち「障害年金」及び同法附則第二十五条第四項に規定する「特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの」	
特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく「特別障害給付金」	当該給付金に関する 振込通知書のコピー
労働者災害補償保険法に基づく「障害補償給付」「障害給付」	
国家公務員災害補償法に基づく「障害補償」	
地方公務員災害補償法に基づく「障害補償」及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で「障害を支給事由とするもの」	
特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく「特別児童扶養手当」「障害児福祉手当」「特別障害者手当」 並びに昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による「福祉手当」	

1 1 記入例

1枚目表の記入例

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

1枚目（2・3枚目へ続く）※ の項目に楷書で記入又は 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

※他の自治体から転入する場合、下記に してください。

該当がある項目に鉛筆で○をつける。

本件支給認定に必要となる情報について、大阪府が他の自治体にその提供を要することに同意します。

受給者番号

転入の場合、が必要。

大阪府知事 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、次のとおり申請をします。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	オオサカ		ウメコ		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R			
	氏名	大阪		梅子		23年 11月 22日				
<input type="checkbox"/> 送付先	郵便番号	1	2	3	-	4	5	6	7	
	住所	〇〇市××町△△1丁目2-3								
加入医療保険等	フリガナ	オオサカ		ウメコ		受診者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	大阪		梅子						
	<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		12345678						
	<input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険	保険者名称		大阪府後期高齢者医療広域連合						
	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合	保険者番号		3	9	2	7	8	8	8
<input type="checkbox"/> 生活保護又は中国残留邦人支援受給	資格取得年月日		令和5年 11月 22日							

本人の場合

※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」欄に記入してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

受診者以外が申請する場合、が必要。

受診者が申請するが、送付先のみ他人の場合は 不要。

※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、送付先を希望する自治体の申請書に チェックを入れて必要事項を記入してください。

イ

2 申請者	フリガナ	オオサカ		ジョウタロウ		電話番号	090-1234-5678						
	氏名	太郎		城太郎		郵便番号	1	2	3	-	4	5	6
<input type="checkbox"/> 送付先	記入漏れに注意。												
受診者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> がないときは受診者宛に受給者証を送付する。												
住所	〇〇市××町△△1丁目2-3												

ウ

エ

3 疾病	①疾病名又は告示番号	97		②疾病名又は告示番号		
	申請する指定難病について	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器または体		告示番号の記載でも可。臨床調査個人票と相違ないか確認すること。		装着認定基準に該当する。
<input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額該当]申請日の属する月を含む過去12か月以内に、上記の疾病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。(医療費の確認ができる指定の様式が別途必要)						

該当として申請する場合、が必要。

オ

＜事務処理使用欄＞						
年 月	B2 C1 C2 D		R コ ケ ー 按			
年 月 日 ~ 年 月 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)受付印	大阪府受付印	適用区分
			ア イ ウ エ オ VI V IV III II I
※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			

2枚目(3枚目へ続く)

4 申し立て欄 ※該当する項目に☑してください。

下記①～⑤のとおり、相違ないことを申し立てます。
 ※申し立て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"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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】 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。 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。
<input type="checkbox"/>	⑤【その他】 高額かつ長期の申立て等 (顔顔病治療継続者(高額かつ長期)に該当するため、医療費証明書類を添付してください。)
<input type="checkbox"/>	【申し立てなし】(①～⑤の該当はありません。)

情報連携の書類省略を行う場合においても収入が基準額以下の場合には必ず☑
 注)令和8年6月30日までは「80万9千円」
 令和8年7月1日以降は「82万6,500円」

①～⑤まで申し立て事項がない場合、【申し立てなし】に☑。

【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 あん分対象者 ※該当有の場合のみ記入してください。

あん分とは、保護者や「10世帯調査」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"/>	指定難病	<input type="checkbox"/>	小児慢性	氏名	受給者番号
--------------------------	------	--------------------------	------	----	-------

6 支給開始日の遡及 ※該当の箇所☑してください。

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※ 令和8年 3月 8日 上記の遡りが必要ない場合	【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 checked="" 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()
	遡ることについてやむを得ない理由があれば、1か月以上の遡りが可能。該当理由に要する☑
	<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か月前に遡らす、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)

7 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	◎ 書類省略を希望する場合は☑が必要	書・保険情報)の省略ができる場合があります。住民票・課税証明書・保険情報)の省略はできません。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	◎ 国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合加入者は、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。	

8 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		DV被害者等は☑のうえ、特記事項欄を記載ください。

キ

ク

ケ

<記載方法>

受診者の加入医療保険の種類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欄に住居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○	受診者と同じ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 <input type="checkbox"/> 16歳未満 オオサカ ウメコ 大阪 梅子 T・S・H・R 29年 11月 22日 <input type="checkbox"/> 被保険者	本人			<input checked="" type="checkbox"/> 住民票 <input checked="" type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 受診者本人欄は、マイナンバー連携希望無しの場合も記載が必要です。
	※ 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 <input type="checkbox"/> 16歳未満 T・S・H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 保護者		○		<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）

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○	受診者と同じ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
C 世帯員	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満 オオサカ ジョウタロウ 大阪 城太郎 T・S・H・R 33年 12月 10日 <input type="checkbox"/> 保護者		○	<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 checked="" type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 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 オオサカ サクラ 大阪 桜 T・S・H・R 64年 1月 6日 <input type="checkbox"/> 保護者			<input checked="" 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"/> 保護者			<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"/> 保護者			<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2枚目裏面【表②】の確認書類①、②を準備し、窓口へ提示してください。
 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。 （選出の存続のみの場合や、法定代理人が戸籍簿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 大阪 梅子
	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 大阪 城太郎 （受診者との続柄 夫） 任意代理人が申請する場合は、必ず記載してください。 所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり / 番号 <input checked="" type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /

- ア** 受診者（患者）の情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、加入医療保険等）を記入してください。加入医療保険等欄は医療保険の資格情報が確認できる資料（「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「マイナポータル画面の写し」等）を確認して記入してください。
- イ** 申請者が患者でない場合のみ記入が必要です。
 ・保護者（患者が18歳未満の場合）又は成年後見人等の法定代理人。
 ・患者から委任を受けた方。
 ※患者が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。
- ※ア・イ共通** 医療受給者証の送付先（「1受診者（患者）」又は「2申請者」）のいずれかに☑が必要です。
- ウ** 指定医が作成した臨床調査個人票（診断書）の疾病名または疾病番号をご記入ください。
- エ** 人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着されている方が記入する項目です。該当する方のみ☑をしてください。
- オ** ☑の疾病に係る治療において、申請日を含む月以前の12か月以内に医療費総額（10割）が33,330円を超える月数が既に3か月以上ある方（軽症高額該当）のみ☑をしてください。
- カ** 臨床調査個人票の研究利用について、同意書に関する説明をお読みいただき、同意される場合は、年月日（申請書記載日）を記入した上で、記名をお願いします。
- キ** 申立欄につきまして、☑もしくは、申立内容についてご記載下さい。
 申立が無い場合には、【申立なし】に☑をして下さい。
- ① 【医療保険の資格情報が確認できる資料（「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「マイナポータル画面の写し」等）の提出省略】
 世帯全体の住民票のなかで、患者と同じ健康保険に加入している方の、患者以外の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（市町村国民健康保険等）または患者と同じ健康保険に加入しえない方の医療保険の資格情報が確認できる資料の添付を省略する場合（患者が国民健康保険加入者で、他の家族が75歳以上で後期高齢医療保険に加入している場合等）
- ② 【所得証明書類】
 会社等で配布される、市町村民税特別徴収税額決定通知書を課税証明書の代わりに提出する方で、その通知書に記載の合計所得金額以外に所得や年金等の収入等がない場合
- ③ 【上位所得】
 月額自己負担額算定のための課税証明書を提出しないため、上位階層（D：月額自己負担額 30,000円）を了承されるとき
- ④ 【4（1）及び（2）に記入した者の市町村民税が全て非課税で4（1）の者の収入金額80.9万円※以下】
 患者本人の所得証明書類、収入確認書類（P9 14 障害基礎年金その他の給付金に係る証明書類）等、提出いただいた書類以外に収入がない場合
 ※収入金額の基準額は令和8年7月から82万6,500円になります。
- ク** 次の①又は②該当する場合にご記入ください
 ①患者と同じ健康保険の加入者に特定医療費（指定難病）受給者がいる場合
 ②患者又は患者と同じ健康保険に加入されている方に小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合
 なお、受給者番号欄は、「特定医療費（指定難病）受給者証」又は、「小児慢性特手疾病医療受給者証」をご覧ください。（申請中の場合は、受給者の生年月日と疾病名を記入の上、〇月〇日申請中とお書きください。）
- ケ** 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をご記入ください。遡ることについて、やむをえない理由がある場合に、チェックを入れてください。
- コ** 受診者のマイナンバー（個人番号）を記載ください。マイナンバー連携による一部書類省略を希望する場合は、支給認定基準世帯員の個人番号の記載も必要です。支給認定基準世帯員の個人番号は、申請者が個人番号カード等で確認しながら間違いがないよう自己の責任で記載してください。また税未申告の方については、課税証明書の省略をする場合申告後申請ください。

12 更新申請について

受給者証の有効期間満了後も引き続き医療費の助成を希望する場合は、受給者証の有効期間内に、必要な書類をそろえて更新申請を行う必要があります。

毎年6月から7月頃に住所地を所管している保健所（東大阪市は保健センター、寝屋川市は保健所すこやかステーション）から更新申請についての案内を送付するサービスを行っています。

※更新申請の案内が届かない場合であっても、引き続き医療費の助成を希望する場合には更新申請が必要です。案内が届かない場合は、住所地を所管している保健所（東大阪市は保健センター、寝屋川市は保健所すこやかステーション）にお問い合わせ下さい。

13 マイナンバー（個人番号）の収集等について

マイナンバーは社会保障、税、災害対策の中で、法律や自治体の条例で定められた行政手続きに限り使用されます。難病法に基づく医療費助成制度に関しては、マイナンバー法の定めにより、他の行政事務（市町村長による被災者台帳（※）の作成や生活保護事務等）のために他の自治体等の求めに応じて特定医療費（指定難病）受給者情報を提供することが義務付けられています。

そのため、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、地方公共団体情報システム機構を通じてマイナンバーの収集を行うことをあらかじめご了承を得ていましたが、令和6年4月より原則、ご本人により申請時に記載いただくこととなりました。

（※）災害が発生した場合において、当該災害の被災者の援護を総合的かつ効率的に実施するため必要があると認める場合に市町村が整備するもの。

なお、マイナンバーの記載により、受給者証申請時に添付の住民票、課税証明書および医療保険の資格情報が確認できる資料の省略が可能となる場合があります。省略対象は世帯調書に個人番号記載がある方の住民票、課税証明書および医療保険の資格情報が確認できる資料となります。

また、令和6年4月から、指定難病登録者証の発行制度が開始されました。指定難病登録者証は、指定難病患者である証明として、福祉、就労等の支援を円滑に利用できるようにするためのものです。

指定難病登録者証利用の可否は、サービス提供者等により異なりますので、まずはサービス提供者等にご確認ください。※マイナンバー連携による指定難病登録者証の利用は令和6年6月以降可能となっております。

なお、申請窓口は大阪府健康医療部 保健医療室 地域保健課 難病認定グループとなります。

14 医療費助成開始時期について

令和5年10月1日から医療費助成制度が変わり、助成の開始日が申請日から「重症度を満たしていることを診断した日等」へ前倒し可能になっております。遡り期間は原則として申請日から1か月です。ただし臨床調査個人票の受領に時間を要した、または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など、診断年月日から1月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは、最長3か月となります。（ただし、法施行日より前に遡ることは不可。）

15 医療費の償還払い

「受給者証」の有効期間の初日から受給者証が届くまでの間に、今回認定された指定難病の治療費で、自己負担上限額を超えて指定医療機関で医療費をご負担されていた場合は、受給者証と同封の「特定医療費（指定難病）請求書」で大阪府地域保健課難病認定グループあてに医療費を請求することができます

※医療費のご負担が自己負担上限額を超えていない場合でも、指定医療機関の窓口で3割負担をされた方は、医療費の請求をすることができます。

16 申請・問い合わせ先一覧 (※FAXによる申請はできません)

大阪府の保健所			
池田市、箕面市、豊能町、能勢町 大阪府池田保健所	072-751-2990 FAX:072-751-3234	富田林市、河内長野市、大阪狭山市、 河南町、太子町、千早赤阪村 大阪府富田林保健所	0721-23-2684 FAX:0721-24-7940
茨木市、摂津市、島本町 大阪府茨木保健所	072-624-4668 FAX:072-623-6856	和泉市、泉大津市、高石市、忠岡町 大阪府和泉保健所	0725-41-1342 FAX:0725-43-9136
守口市 門真市 大阪府守口保健所	06-6993-3132 FAX:06-6993-3136	岸和田市、貝塚市 大阪府岸和田保健所	072-422-6071 FAX:072-422-7501
四條畷市、交野市、大東市 大阪府四條畷保健所	072-878-1021 FAX:072-876-4484	泉佐野市、阪南市、泉南市、熊取町、 田尻町、岬町 大阪府泉佐野保健所	072-462-7703 FAX:072-462-5426
松原市、柏原市、羽曳野市、 藤井寺市 大阪府藤井寺保健所	072-955-4181 FAX:072-939-6479		

中核市の保健所			
豊中市保健所 (06-6152-7402 FAX:06-6152-7328)			
吹田市保健所 (06-6339-2227 FAX:06-6339-2058)			
高槻市保健所 (072-661-9332 FAX:072-661-1800)			
枚方市保健所 (072-807-7625 FAX:072-845-0685)			
八尾市保健所 (072-994-6644 FAX:072-922-4965)			
寝屋川市保健所 (072-812-2361 FAX:072-812-2116) ※保健所すこやかステーション(市立保健福祉センター1階)			
東大阪市保健所 (072-960-3802 FAX:072-960-3809) *申請受け付けは各保健センター			
西保健センター	06-6788-0085	東保健センター	072-982-2603
中保健センター	072-965-6411		

指定都市の保健所	
※平成30年4月1日から政令指定都市に居住の方は、当該政令指定都市が医療費助成を行うことになりました。	
大阪市保健所 (06-6647-0923 FAX:06-6647-0803)	
堺市保健所保健医療課 (072-228-7582 FAX:072-222-9876)	

～お問い合わせ先～

- ・大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 難病認定グループ
電話06-6941-0351 (代表)
FAX06-6941-6606

大阪府 指定難病

