

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

連携あり

人工呼吸器

高額長期

按分あり

変更あり

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。

※他の自治体から転入する場合、下記に してください。

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求めることに同意します。

受給者番号

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、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。

1 受診者	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	
	氏名	姓	名	年	月	日
<input type="checkbox"/> 送付先	郵便番号	-		電話番号	(自宅)	
	住所					(携帯)
加入医療保険等	フリガナ			受診者との続柄	<input 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)					
	<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				
	<input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険	保険者名称				
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合	保険者番号				
<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				年 月 日	

※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	フリガナ			電話番号	
	氏名	姓	名	郵便番号	-
<input type="checkbox"/> 送付先	住所				
受診者との関係					

3 疾病	①疾病名又は告示番号			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外式補助人工心臓を使用しており、人工呼吸器等装着認定基準に該当する。 <input type="checkbox"/> [軽症高額該当]申請日の属する月を含む過去12か月の間に、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)			

《事務処理使用欄》

年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 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			

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

《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「臨床調査個人票」は、医療費助成の対象となるか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いただける場合は、下記にご署名頂き、「臨床調査個人票」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、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、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しています。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ない「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になります。

《データベースに登録された情報の活用方法》

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資する研究

③民間事業者等が、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・治験の実行可能性等）や治験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等には、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。

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： _____

9 受診を希望する指定医療機関 ※任意記入欄です。

指定医療機関の名称	所在地 ※指定医療機関コード記入の場合、住所及び電話番号の記入は不要
	電話番号 〒
	指定医療機関コード

※受給者証に記載される指定医療機関名は、「個別の指定医療機関の名称」ではなく、「各都道府県または指定都市が指定する指定医療機関」となります。
また、受給者証は指定医療機関であれば全国で使用できます。

【表①】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。

*氏名、住所、加入する医療保険又は支給認定世帯に変更がある場合は、変更届の提出が必要です。
*認定を受ける疾病、もしくは階層区分の変更、人工呼吸器等装着、高額かつ長期、あん分、境界層等に該当する場合、変更申請をすることができます。
上記の変更の申請（届）には別途添付書類の提出が必要となります。住所地を管轄する保健所（保健センター）へお問い合わせください。

【表②】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	個人番号を提供する方の身元確認	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 保護者（患者が18歳未満の場合） <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<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 <<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"/> 3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、業種別国保加入者で他県等に修学者がいるなど、住民票が別でも同じ記号・番号である場合は、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			
フリガナ氏名 □ 16歳未満 T・S・H・R 年 月 日 □ 被保険者	本人	○	□ 住民票 □ 課税証明書及び保険情報					

※ 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）

フリガナ氏名 □ 16歳未満 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者		○	□ 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）

フリガナ氏名 □ 16歳未満 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者			□ 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	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 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者			□ 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	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 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者			□ 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	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 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者			□ 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	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 T・S・H・R 年 月 日 □ 保護者			□ 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	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台帳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 /	