

# 記入例

## 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

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。

マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する  
 マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない

※受診者以外が申請する場合、下記に  をし、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。

※マイナンバー（住民票・課税証明書）の省略ができる場合があります。ただし、住民票・課税証明書の省略はできません。また、課税証明書は省略できません。  
**書類省略の希望の有無に  が必要 ※の注意書きを必ず一読ください**

※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な情報について、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。

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...  
 また、6申立欄に記載のとおり申し立てます。

**受診者以外が申請する場合、 が必要です。**

**転入の場合は、 が必要です。**

1枚目表の記入例

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	電話番号	(自宅) 06-1234-5678	(携帯) 080-1234-5678
	住所	〇〇市××町△△1丁目2-3			
加入医療保険等	<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)	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	限度額適用認定証を添付する場合は <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合	記号	〇 本人以外の場合は以下に記載		
被保険者証	<input type="checkbox"/> 市町村	番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合	保険者名称	大阪府後期高齢者医療広域連合		
	<input type="checkbox"/> 生活保護又は中国残留邦人支援受給	保険者番号	3 9 2 7 8 8 8 8		
		資格取得年月日	令和5年 11月 22日		

**医療受給者証の送付先に  が必要です。**

**本人の場合は、 が必要です。**

**該当するものに  が必要です。**

イ

※受診者本人が申請者の場合は、記入不要です。（受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。）

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	大阪	城太郎	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
受診者との関係	住所	〇〇市××町△△1丁目2-3			
夫					

ウ

エ

オ

3 疾病	①疾病名又は告示番号	もやもや病	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いる。			
	<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
記載不要		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・登録者証の申請における  
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の実施や登録者証の発行をしています。

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・登録者証発行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、上記にご署名頂き、「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や登録者証発行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/0000084783.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せんが、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。

表面と同じであれば☑してください

同意される場合は、日付の記載が必要です

厚生労働省

私は、  
の情報が  
に関する

\_\_\_\_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： \_\_\_\_\_

2枚目（3枚目へ続く）

4 支給認定基準世帯員等

(1)受診者と保護者※について記入してください。  受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合のみ記入してください。	受診者	市町村民税※ 所得割額/均等割	収入金額（非課税の場合）※
	申請者欄に記入した保護者	31,000円	
	申請者欄に記入していない保護者の氏名	氏名	

※金額がわからない場合、記入いただくなくて結構です。

(2)受診者と同じ医療保険に加入する者を記入してください。 **支給認定世帯は、支給認定日を基準に決定** して下さい。

世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)		市町村民税 所得割額/均等割	市町村民税 所得割額/均等割
大阪 城太郎	※16歳未満 <input type="checkbox"/>	25,000円	※16歳未満 <input type="checkbox"/>
	※16歳未満 <input type="checkbox"/>		※16歳未満 <input type="checkbox"/>
	※16歳未満 <input type="checkbox"/>		※16歳未満 <input type="checkbox"/>

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4(2)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患の受給者証の交付を受けている場合をさします。この場合、下欄に☑し、担当の必要事項を記入してください。

※対象者が指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証に付帯している場合は、受給者証に記載されている受給者番号（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"/>	申し立て事項の有無について確認。 申し立て事項がない場合、【申し立てなしの場合】に☑。	受給者番号
--------------------------	--	-------

6 申立欄 〇の有無について☑してください。

<input type="checkbox"/>	<b>【申立なし】</b> (①～⑤の該当はありません。)	≪申立ありの場合≫ 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"/>	<b>①【医療保険証の提出省略】</b> 下記のいずれか、または両方に該当する場合 ・住民票記載の者で、医療保険証の提出を省略する者について、支給認定基準世帯員に準じた扱いとなることを了承します。 ・受診者と同一医療保険に加入し得ない者について、医療保険証の提出を省略します。	
<input type="checkbox"/>	<b>②【所得証明書類】</b> 4(1)又は(2)に記入した者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"/> <b>③【上位所得】</b> 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"/>	<b>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80万円以下】</b> (1)の者の提出した所得証明書類、収入確認書類（障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等）に記載された金額以外の収入はありません。 ※上記の収入（障害年金等）がある場合、添付の書類からその金額が80万円以下だと確認できた場合は階層区分が低所得1（B1）となります。なお、上記の収入（障害年金等）がある場合でも、その額が確認できる書類の添付がない場合、また受給額が80万円を超える場合は、低所得2（B2）となります。	
<input type="checkbox"/>	<b>⑤【その他】</b> ほとんどの場合は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日の日付が入ります	

7 支給開始日の遡り 〇の箇所を☑してください。

特定医療費の支給を開始する日が、申請者が 適当と考えられる年月日	【上記の欄が申請日から1か月以上前】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間 <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書 <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（ ）	遡り期間は原則として申請日から1か月です。 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☑
R6年 3月 3日		
上記の遡りが必要ない場合	<input type="checkbox"/> 1か月以上の遡りは必要ない	

※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。

8 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
おおさかふ診療所	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。

世帯調書

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。

氏名	生年月日	受診者との続	個人番号 (注1)											
			課税等市区町村名 (注2)											
大阪 梅子	昭和23年 11月 22日	本人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											
大阪 城太郎	昭和19年 12月 10日	夫	受診者と同じ (異なる場合は以下に記載)											

受診者本人欄はマイナンバー連携希望なしの場合も記載が必要です。表上の注意書きも合わせて確認願います。

注意事項をご確認ください

(注1) 個人番号を記載する場合は、以下の確認書類①②を準備し、申請書類を提出する際、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。  
 (注2) 1月から6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の住民税の課税状況を確認してください。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の住民税の課税状況を確認してください。  
 (注3) 支給認定基準世帯員が18歳未満の場合のみ記入

任意代理人が申請する場合は必ず

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、必ず記入してください。

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**

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 /

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、情報連携による情報を秘匿することができます。希望する場合は、希望する情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

DV等により不開示設定を希望される場合は  希望する

以下、保健所確認欄 (申請者はチェックの記載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) <input type="checkbox"/> その他( )
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 ※
	※ 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"/> 上記「委任状」欄に記載
③ 省略書類	【住民票】 <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 【課税証明書】 <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員	健康保険証(不)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

※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。