

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）				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。） ※ <input type="checkbox"/> の項目に楷書で記入又は印してください。													
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6条第1項の規定により、以下の申請をします。また、4申立て欄に記載のとおり申し立てます。													
1 受診者	フリガナ	コウヤマ		オツオ		(携帯)							
	姓	甲山		乙男		電話番号 (自宅)							
<input type="checkbox"/> 送付先													
※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。													
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	コウヤマ		オツコ		電話番号	080-1234-5678						
	氏名	甲山		乙子		郵便番号	1	2	3	-	4	5	6
<input checked="" type="checkbox"/> 送付先													
受診者との関係	住所	〇〇市△△町××1丁目2-3-101											
妻													
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。													
特定医療費（指定難病）受給者証（コピー）					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							
公費負担者番号	54276019					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。							
受給者番号	1234567												
受診者	住所	〇〇市中町1-2-3											
	氏名												
	生年月日												
疾病													
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
月額自己負担上限額	円	階層区分											
負担	軽症者特例	高額かつ長期											
	人工呼吸器等装着	同一世帯内按分											
指定医療機関名					備考								
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名	続柄											
	住所				上記のとおり認定します。								
					年 月 日								
					大阪府知事								
事務処理使用欄													
年 月 日 ~ 年 月 日	A	B1	B2	C1	C2	D	R	コケー按					
令和9年 1月 1日 ~ 令和9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）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													

※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）

記載不要

ア

受診者の情報（氏名、電話番号）を記入してください。
受診者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。

イ

申請者が受診者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、申請者が受診者本人で送付先のみ受診者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。
※受診者が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。

ウ

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。

1
枚目裏の記入

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

～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）

エ

甲山 乙男

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：_____

エ

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 枚目表の記入例

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られることがあります。	
<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となることを承します。
<input checked="" 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82万6,500円以下】 受診者本人の年金等収入（令和7年1月～12月）について、1～6のうち該当する内容に☑をしてください。 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. 特別障害年金 障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当 5. 特別障害給付金 等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 ※1～5のいずれかに該当する場合は、 ・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82万6,500円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82万6,500円を超える場合は、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。 非課税で収入が826,500円以下の場合、☑が必要です。
<input type="checkbox"/>	⑤【その他】（ ）
<input checked="" type="checkbox"/>	【申し立てなし】（①～⑤の該当はありません。）
【ご注意】市町村民税未申告の方は、正しい税額の確認ができません。必ず税の申告は済ませておいてください。	
5 高額難病治療継続者（高額かつ長期）の該当 ※該当の有無について☑してください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし 特定医療費の総額（10割の額）が50,000円を超える月が、申請日の属する月を含む過去12か月間で6回以上あるため、特定医療費を証明する書類を添付して申請します。 ※現在有効の受給者証について高額かつ長期該当へ変更を希望する場合、別途変更の申請が必要。
6 軽症高額該当 ※該当の有無について☑してください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし 指定難病に係る医療費総額（10割の金額）が33,330円を超える月が、申請日の属する年の令和7年8月から申請日の属する月までの期間のうち、連続する12か月間に3回以上あるため、指定難病に係る医療費を証明する書類を添付して申請します。
7 あん分対象者 ※該当ある場合のみ記入してください。 あん分とは、保護者や「11世帯調書」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 _____
8 マイナンバー連携 ※該当する項目に☑してください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する チェック漏れに注意。 ① マイナンバー連携により書類（住民票の写し・課税証明書・保険情報）の省略ができる場合があります。 ② 世帯調書（3枚目）に不備がある場合、書類（住民票の写し・課税証明書・保険情報）の省略はできません。 ③ マイナンバー連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。 ④ 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。
<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
9 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 _____

カ 市町村民税非課税世帯で、受診者の障害基礎年金等を含めた年間収入額(※)が826,500円以下の場合は、申し立て欄に☑をしてください(※) 受診者が18歳未満の場合は全ての保護者分の収入額も含まれます

キ 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。

ク 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。

ケ 受診者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。

コ 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枚目の記入例

サ

シ

3枚目		11 世帯調書				
<p><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</p> <p>※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。</p>						
A 受診者	氏名	フリガナ 氏名	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
	生年月日	フリガナ 氏名	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
<p>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</p>						
<p>※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）</p>						
B 被保険者	氏名	フリガナ 氏名	受診者との続柄	○	受診者と同じ保険の加入者の保険種別	課税証明書及び保険情報
<p>※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）</p>						
C 世帯員	氏名	フリガナ 氏名	受診者との続柄	○	受診者と同じ保険の加入者の保険種別	課税証明書及び保険情報
	生年月日	フリガナ 氏名	受診者との続柄	○	受診者と同じ保険の加入者の保険種別	課税証明書及び保険情報
	氏名	フリガナ 氏名	受診者との続柄	○	受診者と同じ保険の加入者の保険種別	課税証明書及び保険情報
	生年月日	フリガナ 氏名	受診者との続柄	○	受診者と同じ保険の加入者の保険種別	課税証明書及び保険情報
<p>○受診者が生活保護受給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</p>						
<p>【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、窓口にて任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。 なお、郵送する場合は、写しを同封してください。</p>						
<p>○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</p>						
委任状	<p>大阪府知事 様</p> <p>委任者（受診者）氏名 _____</p> <p>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。</p> <p>委任者（代理人） 氏名 _____（受診者との続柄） _____</p> <p>住 所 □ 申請書（申請者欄）のとおり /</p> <p>電話番号 □ 申請書（申請者欄）のとおり /</p>					

サ

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。

シ

任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。