

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。） ※ の項目に楷書で記入又は☑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申し立て欄に記載のとおり申し立てます。

| | | | | | |
|---------------------------------------|------|---|---|------|------|
| 1 受診者 <input type="checkbox"/> 送付先 | フリガナ | | | 電話番号 | (携帯) |
| | 氏名 | 姓 | 名 | | (自宅) |

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

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） | | ※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） | 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 | | | 備考 | 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 | | | | | | | | |
| 受診者 | 住所 | | | | 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | 氏名 | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | | 住所 | | |
| | 生年月日 | | | | | | | |
| 疾病 | | | 上記のとおり認定します。 | | | | | |
| 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 月額自己負担上限額 | 円 | | 階層区分 | 大阪府知事 | | | | |
| 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 | | | | | | |

《事務処理使用欄》

| | | |
|---------------------------|-----------------|----------|
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | A B1 B2 C1 C2 D | R コケ - 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 - 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： _____

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。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 障害年金（基礎・厚生・共済）</td> <td style="width: 33%;">2. 寡婦年金</td> <td style="width: 33%;">3. 遺族年金（基礎・厚生・共済）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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</td> </tr> <tr> <td colspan="3">6. 該当なし（いずれの年金も受給していない）</td> </tr> </table> <p>※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。</p> | 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、経過的福祉手当、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. 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、経過的福祉手当、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） | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ⑤【その他】（ ） | | | | | | | | | | | | |
| <input 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 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 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 type="checkbox"/> | 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）の省略ができます場合があります。 ◎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。 ◎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。 ◎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に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のみ使用します。） |
|--------------------------|------|--|

（保健所記入欄）特記事項

10 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 | 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 | 本人収入82万6,500円超 | 5,000円 | 5,000円 | |
| | 低所得Ⅰ【B1】 | | 本人収入82万6,500円以下 | 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。

*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の写し/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"/> 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 <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 3枚目「委任状」欄に記載 |
| | ※ 代理権の確認 | <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 <input type="checkbox"/> その他（ ） ≪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"/> 年金手帳又は基礎年金番号通知書 <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歳以上の場合、成年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□にしてください。 | | 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 |
|---|---------------------------------|---------|----------------|------------------|--|---|
| A 受診者 | フリガナ氏名 □ 16歳未満 大・昭・平・令 年 月 日 | 本人 | / | / | <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報 | |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者 | | | | | |

※ 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 □ 16歳未満 大・昭・平・令 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） |
|-----------|---------------------------------|------------------------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------|

※ 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）

| | | | | | | |
|----------|---------------------------------|------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|
| C 世帯員 | フリガナ氏名 □ 16歳未満 大・昭・平・令 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 □ 16歳未満 大・昭・平・令 年 月 日 | | | <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 □ 16歳未満 大・昭・平・令 年 月 日 | | | <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 □ 16歳未満 大・昭・平・令 年 月 日 | | | <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 □ 16歳未満 大・昭・平・令 年 月 日 | | | <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。

【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 / |