

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 [更新]

大阪市長 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、申請をします。また、その認定に必要な個人市民税課税台帳等関係公簿を大阪市が閲覧することを承諾します。

受診者 <input type="checkbox"/> 送付先	氏名	Ⓜ	電話	
	※下記口のいずれかに☑を記入してください。（氏名を自署する場合は押印は省略できます。） <input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件の申請をします。（下記申請者欄の記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 本件の申請を、申請者欄に記入する者に委任します。（受診者が保護者の場合は、保護者が申請者となります。）			
申請者 <input type="checkbox"/> 送付先	氏名	Ⓜ	電話	
	住所	〒	続柄	

医療受給者証のコピー貼付欄（受給者証のコピーを貼付した場合は、記入不要です。）

特定医療費（指定難病）受給者証			
公費負担者番号			
受給者番号			
受診者	住所		
	氏名		
	生年月日	性別	
保険者			
被保険者証の記号及び番号		適用区分	
病名			
有効期間			
月額自己負担上限額		階層区分	

★ここに医療費受給者証の写しを貼ってください。（見開き左右面必要）

指定医療機関名			
	医療機関について、追加が必要な場合は、この申請書の2枚目にある「受診を希望する（指定）医療機関について」欄へ記入してください。削除する場合は、二重線で消してください。		
※この証に記載のない場合でも、指定医療機関であれば使用できます。			
負担	人工呼吸器等装着	高額かつ長期	
	軽症者特例	重症患者認定	
同一世帯内指定難病又は小児慢性			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名	続柄	
	住所		
備考			
上記のとおり認定します。			
平成 年 月 日		大阪市長	

- ①医療受給者証のコピーを貼付しない場合は太枠内（白部分）を記入してください。
- ②医療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。
- ※医療受給者証の原本は貼らないでください。

《事務処理記載欄》	～						保健所受付印	保健福祉センター受付印
	A	B1	B2	C1	C2	D		
	年 月 日 ～ 年 月 日						保健福祉センター記入欄	確認者 日付
	A	B1	B2	C1	C2	D		
人工呼吸器	高額長期	按分あり	変更なし	変更あり	<input type="checkbox"/> 変更届 <input type="checkbox"/> 変更申請書 <input type="checkbox"/> 変更届・変更申請書	年 月 日 <small>受付印不詳明の場合、日付記載</small>		

2. 支給認定基準世帯員等

(1) 受診者及び受診者と住民票上同じ世帯に属する方全員、および住民票上同じ世帯に属していないが、受診者と同じ医療保険の方の氏名・続柄を記入し、16歳未満・同一保険・非課税に該当する場合は☑をしてください。

氏名	続柄	16才未満	同一保険	非課税	氏名	続柄	16才未満	同一保険	非課税	氏名	続柄	16才未満	同一保険	非課税
①		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (2) ・上記(1)で氏名を記入した方のうち、受診者と同じ医療保険の方で、本年1月1日現在は他市町村に住民票のある方については、本年1月1日現在の住所を記入してください。また、本申請日時点で大阪市内に居住していない場合は、個人番号・生年月日も記入してください。
- ・上記(1)で氏名を記入した方のうち、受診者と同じ医療保険の方で、本年1月1日現在は大阪市内に住民票があるが、本申請日時点で受診者と同居されていない場合は、その方のお市内の住所（市外に転出している場合は、転出時点の住所）を記入してください。

上記2.(1) 氏名の番号	住所	生年月日	個人番号
		年 月 日	
		年 月 日	

(3) 支給認定世帯の個人市市民税について、以下の該当する項目に☑してください。

<input type="checkbox"/> 未申告者（被扶養者は除く。以下、同じ）はいません。申告期間内に申告しています。	
<input type="checkbox"/> 未申告者はいませんが、申告期間後に申告（または修正申告）しています。	申告（予定）日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 未申告者がありますが、申告しないため、自己負担上限額が上位所得（原則、30,000円）の区分に決定されることに異議はありません。	氏名 ⑩

3. 収入にかかる申し立て

受診者と世帯員（受診者と同一保険加入者）の市町村民税がすべて非課税で、受診者またはその保護者の年収が80万円以下の場合、以下の該当する項目に☑してください。また、収入がある際は年額を記入してください。

<input type="checkbox"/> 障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。	氏名 ⑪
<input type="checkbox"/> 障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入があります。 年額（ ）円	

4. 高額難病治療継続者（高額かつ長期）の該当について

指定難病に関する月ごとの医療費総額が5万円を超える月が6回以上ある。（申請月より過去12か月間） ※自己負担上限管理票の該当ページの写しを添付してください。 ※現在有効の医療受給者証について「高額かつ長期」を非該当から該当へ変更する場合はあわせて変更申請書が必要です。	<input type="checkbox"/> 該当する
--	-------------------------------

5. 上記2.(1)で受診者と同じ医療保険に加入する者のうち、指定難病（指）または小児慢性特定疾病（小）の受給者証の交付を受けている方を記入して下さい。

氏名及び受給者番号を記入し、☑指 又は ☑小 のどちらかに☑を記入してください。 ※新たに該当とする場合は、変更申請書が必要です。	氏名（ ） 受給者番号（ ）	<input type="checkbox"/> 指	<input type="checkbox"/> 小
	氏名（ ） 受給者番号（ ）	<input type="checkbox"/> 指	<input type="checkbox"/> 小

6. 受診を希望する（指定）医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）について

- 医療受給者証に追加で記載する指定医療機関を記入してください。
- 大阪市外の指定医療機関は、「（他都道府県）の指定する指定医療機関」と記載されます。
- 申請書（1枚目）に【廃止】となっている医療機関は、更新後の医療受給者証に記載されません。法人への移行等により【廃止】となっている場合もありますので、引続き記載を希望する場合は、下記に記入してください。

指定医療機関の名称	所在地
<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所	〒 電話
<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所	〒 電話

7. 指定難病に係る医療費助成申請における臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

私は、指定難病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した臨床調査個人票が指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。※詳細はこの申請書の裏面を参照してください。

大阪市長 様

年 月 日

<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>

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を目指し、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、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「臨床調査個人票」の記載内容をデータベースに登録し、指定難病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。本文をお読みいただき、データベースに患者さんの「臨床調査個人票」の記載内容を登録すること並びに登録情報を指定難病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、当申請書7. に同意した日付をご記入頂き、臨床調査個人票とともに提出してください。なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

○個人情報保護について：臨床調査個人票を研究に利用するに当たっては、審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる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としております。研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。また、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。(提供先について) ・厚生労働省 ・厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者 ・文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者 ・上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、指定難病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。)

○データベースに登録される項目：データベースに登録される項目は臨床調査個人票に記載された項目となります。臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

◆ 特定医療費（指定難病）の支給認定を更新申請される方は、次の書類が必要となります。

- 1 特定医療費（指定難病）支給認定申請書【更新申請・変更届】
- 2 指定医が作成した臨床調査個人票（診断書）
※人工呼吸器、体外式補助人工心臓の装着者であることの証明は、臨床調査個人票で行うことができます。
- 3 健康保険証等（写し）
ア 受診者が国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入している場合は世帯全員分。
ただし、18歳未満の患者が国民健康保険に加入している場合で、その保護者が後期高齢医療制度に加入している場合は、保護者分も必要。
イ 受診者が上記以外（健康保険組合、協会けんぽ等）に加入している場合は受診者分のみ。
ただし、受診者が被扶養者の場合は、被保険者本人分も合わせて必要。
※生活保護受給世帯、中国残留邦人の支援給付世帯等については加入している場合。
- 4 医療保険上の世帯が市町村住民税非課税世帯の場合は、受診者（受診者が18歳未満の場合は、全ての保護者）の申請日の前年の収入状況（障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当等）がわかるもの（年金証書の写し・振込通知書の写し等）が必要。
- 5 業種別国保加入者は同一保険の方全員の方の市市民税課税証明書（16才未満除く）。
被用者保険加入者については被保険者本人が非課税の場合、その方の市市民税課税証明書。
- 6 受診者の属する世帯が生活保護受給世帯の場合は、当該世帯に係る生活保護適用証明書が必要。
- 7 受診者の属する世帯が中国残留邦人の支援受給世帯の場合は、保健福祉センターで発行される中国残留邦人支援受給者であることを証明するものが必要。【該当がある方のみ】
- 8 保健福祉センターで発行される境界層該当者であることを証明するもの。【該当がある方のみ】
- 9 同一世帯内に特定医療受給者の受給者がいる場合は、その受給者証（又は申請書）の写し
- 10 同一世帯内に小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、その受給者証（又は申請書）の写し
- 11 自己負担上限管理表（写し）
【「軽症者特例」、または臨床調査個人票が「重症度を満たす」に該当しない方】
- 12 申請日の属する月以前の12か月の間に、申請する難病に関する月ごとの医療費総額（10割）が50,000円を超える月が6回以上あった場合は、その費用を証明する書類が必要。
【「高額かつ長期」に該当する方】
- 13 特定疾病療養受給者証（写し）【腎臓機能障害の人工透析療法を受けている方】
- 14 限度額適用認定証（写し）【お持ちの方のみ】
- 15 個人番号および本人確認書類【該当がある方のみ】

◆個人番号（マイナンバー）の確認 及び 本人確認書類チェック票

者 本 人 の 申 請	患者の身元（実存）確認 以下の書類の1つ <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 以下の書類の2つ <input type="checkbox"/> 受給者証（指定難病） <input type="checkbox"/> 受給者証（小児慢性） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳		患者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号（マイナンバー）が記載されているもの）	
	保護者の確認 <input type="checkbox"/> 住民票	保護者又は代理人の身元（実存）確認 下記の書類の1つ <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <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"/> 特別永住者証明書	保護者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	患者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード（写し可） <input type="checkbox"/> 通知カード（写し可） <input type="checkbox"/> 住民票（写し可）
理 人 の 申 請	代理権の確認 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任欄の記載 <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	以下の書類の2つ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書	患者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード（写し可） <input type="checkbox"/> 通知カード（写し可） <input type="checkbox"/> 住民票（写し可）	

保健福祉センターチェック項目 → 個人番号取得可 個人番号取得不可

○ 個人番号は社会保障、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。

◆自己負担上限額（月額）は、次のとおりです。

階層区分 《医療受給者証には、【】内の 標記で記載されています》	階層区分の基準 《医療保険上の世帯で算定します》		患者負担割合:2割(現在1割の方は変わりません)		
			自己負担上限額(外来+入院+薬代+訪問看護の費用)		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護【A】	—		0		
低所得Ⅰ【B1】	市町村民税 非課税(世帯)	受給者本人年収 80万円以下	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ【B2】		受給者本人年収 80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ【C1】	市町村民税 課税以上～70,999円	10,000	5,000		
一般所得Ⅱ【C2】	市町村民税 71,000～250,999円	20,000	10,000		
上位所得【D】	市町村民税 251,000円以上	30,000	20,000		
入院時の食費			全額自己負担		

(単位:円)

- ・市町村民税非課税世帯とは、均等割と所得割のいずれもが非課税の世帯です。
- ・市町村民税非課税世帯の場合、患者（又は保護者）の年収（給与・年金・手当等）により階層区分を決定します。
- ・市町村民税の均等割のみ課税されている世帯は、一般所得Ⅰの区分となります。
- ・一般所得Ⅰ・Ⅱ、上位所得の区分は、医療保険上の世帯における市町村民税の所得割の額により決定します。
- ・高額かつ長期とは、申請の結果支給認定を受けることとなった月以降の月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある方です。該当することとなった場合は別途申請が必要で。