

1枚目(2枚目があります)

受給者番号 (本市記載欄)									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)

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、次のとおり申請します。また、本申請の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

※ 太枠内に記入してください(2枚目も同じ)

年 月 日

1 受診者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和			年 月 日(歳)		
	氏名	姓	名	電話番号	(自宅)		(携帯)			
	住所	〒 -			個人番号					
	加入 医療保険等	フリガナ			受診者 との続柄	本人・父・母・夫・妻・子・その他()				
		被保険者氏名			記号					
		<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <<市町村国保>> <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <<業種別国保>> <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援受給世帯			番号			枝番		
		次の書類を添付した場合は○を付してください。 ・限度額認定証			保険者 番号			保険者 名称		
適用区分 (本市記載欄)	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅵ・Ⅴ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ			資格取得 年月日	年 月 日					
2 申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。(申請者欄の以下の項目への記入が必要です。) ※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。								
	フリガナ			電話番号	(自宅)					
	氏名	姓	名	電話番号	(携帯)					
住所	〒 - <input type="checkbox"/> 受診者と同じ			受診者 との続柄						
3 送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)								
	フリガナ			電話番号	(自宅)					
	氏名	姓	名	電話番号	(携帯)					
住所	〒 -			受診者 との続柄						
4 病名		①			②					
<input checked="" type="checkbox"/> ●該当する場合は をつけてください。	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 上記の難病に関して、「人工呼吸器」又は「体外式補助人工心臓」を使用している。								
	軽症高額	<input type="checkbox"/> 申請月を含めた過去12か月の間に、上記の難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。 [軽症高額該当] ※別に定める、「指定難病に係る医療費総額証明書」の添付が必要。								
	高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 申請月を含めた過去12か月の間(支給認定を受けている、又は受けていた期間に限る。)に、特定医療費の月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上あった。 [高額かつ長期該当] ※転入時、新たに該当する場合、更新切れ新規申請、小児慢性特定疾病受給歴あり新規申請で該当する場合は、自己負担上限額管理票(写し)等の添付が必要。								
	按分対象者	<input type="checkbox"/> 同じ医療保険に加入し、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世帯員がいる。 氏名() 受給者番号() <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ※按分対象者の自己負担額を変更する場合は、別途、按分対象者の変更申請書の提出が必要。								

<< 事務処理記載欄 >>

	有効期間	階層区分	適用区分	負担
1	年 月 日 ~ 年 月 日	A・B1・B2・C1・C2・D		人・軽・高・按
2	年 月 日 ~ 年 月 日	A・B1・B2・C1・C2・D		人・軽・高・按

受付所属	区保健福祉センター	保健所受付印	保健福祉センター受付印
確認者			
受付日			

5 特定医療費の支給開始日にかかる申し立て

特定医療費の支給開始日について、重症度分類を満たしていることを診断した日（軽症高額対象者は軽症高額の基準を満たした日の翌日）まで遡ることができます。臨床調査個人票（※）に記載されている診断年月日など、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記入してください。ただし、申請日からの遡りの期間は原則1か月とし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月となります。

特定医療費の支給を開始することが 適当と考えられる年月日	申請日から1か月以上（最長3か月まで）遡る場合（左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合）、該当する理由に☑してください。 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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（ ）
年 月 日	

ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますので、予めご了承ください。

6 支給認定基準世帯員等

(1) 住民票の同一世帯員全員を記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険の加入者は、受診者と別世帯であっても記入してください。

- 受診者と同じ医療保険に加入している方は、同一保険に☑し、課税・非課税の別に☑、該当する場合は16歳未満に☑を記入してください。
- 受診者及び受診者と同じ医療保険の方のうち、1月1日*現在に他市町村に住民票のある方については、1月1日*現在の住所を記入してください。そのうち本申請日時点で大阪市内に居住していない方は、個人番号を記入してください。
- 受診者と同じ医療保険の方のうち、1月1日*現在に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、その方の大阪市内の住所（市外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。
- ただし、本年度課税地が大阪市と異なる方は、課税地の住所・生年月日・個人番号を記載するか、住民税課税証明書を提出してください。

受診者 氏名		続柄	本人	16歳未満	<input type="checkbox"/>	*1月～6月に申請を行う場合は、前年1月1日現在の住所を記入してください。	
		□課税 □非課税				住所	
世帯員	(氏名)	続柄		同一保険	<input type="checkbox"/>	個人番号	
	(生年月日)	□課税 □非課税		16歳未満	<input type="checkbox"/>	住所	
世帯員	(氏名)	続柄		同一保険	<input type="checkbox"/>	個人番号	
	(生年月日)	□課税 □非課税		16歳未満	<input type="checkbox"/>	住所	
世帯員	(氏名)	続柄		同一保険	<input type="checkbox"/>	個人番号	
	(生年月日)	□課税 □非課税		16歳未満	<input type="checkbox"/>	住所	
世帯員	(氏名)	続柄		同一保険	<input type="checkbox"/>	個人番号	
	(生年月日)	□課税 □非課税		16歳未満	<input type="checkbox"/>	住所	

(2) 個人市府民税が未申告の場合、階層区分を上位所得の区分に決定されることについての同意（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。
<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"/>	未申告者がいますが、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ありません。

7 収入にかかる申し立て（申し立て対象となる収入一覧は裏面参照）

受診者と世帯員（受診者と同じ保険加入者）の住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80万9千円以下の場合、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。（課税対象となる年金収入は除く）

<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。
<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

8 受診する（指定）医療機関（病院・診療所）

指定医療機関の名称		所在地
1枚目の「4 病名」欄に記載した指定難病の治療で利用する「指定医療機関」のうち、主に受診される医療機関を一箇所記載してください。		
名称		電話番号

○上記記載の指定医療機関のほか、「難病法」に基づく指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）で使用できます。

○受給者証の医療機関欄には「各都道府県（指定都市）内の指定医療機関」と記載されます。

9 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意（いずれかに☑の記入をお願いします）

<input type="checkbox"/>	同意する	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ついて、厚生労働大臣に同意します。（詳細については、裏面＜臨床調査個人票情報の研究等に関する説明＞を参照）
<input type="checkbox"/>	同意しない	

2枚目（裏面）

< 臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明 >

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、表面の「9 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意」欄にチェックをしてください。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/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。

● 障害基礎年金その他の給付金に係る証明書類一覧表

(2枚目(表面)の「7 収入に係る申し立て」にて申し立てをするべき収入)

給付の種類	提出書類
国民年金法に基づく「障害基礎年金」、「遺族基礎年金」、「寡婦年金」と法改正前の国民年金法に基づく「障害年金」	年金振込通知書、年金額改定通知書、支給額変更通知書、年金証書のうちいずれか一つの写し
厚生年金保険法に基づく「障害厚生年金」、「障害手当金」、「遺族厚生年金」と法改正前の厚生年金保険法に基づく「障害年金」	
船員保険法に基づく「障害年金」、「障害手当金」と法改正前の船員保険法に基づく「障害年金」	
国家公務員共済組合法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の国家公務員共済組合法に基づく「障害年金」	
地方公務員共済組合法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の地方公務員共済組合法に基づく「障害年金」	
私立学校教職員共済法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく「障害年金」	
厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合法の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち「障害共済年金」、同条第五項に規定する移行農林年金のうち「障害年金」と同法附則第二十五条第四項に規定する「特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの」	当該給付金に係る振込通知書の写し
特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく「特別障害給付金」	
労働者災害補償保険法に基づく「障害補償給付」、「障害給付」	
国家公務員災害補償法に基づく「障害補償」	
地方公務員災害補償法に基づく「障害補償」と同法に基づく条例の規定に基づく補償で「障害を支給事由とするもの」	
特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく「特別児童扶養手当」、「障害児福祉手当」、「特別障害者手当」と昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による「福祉手当」	

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容変更届

大阪市長 様

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、届出をします。また本届出の認定に必要な場合は、本届出の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

年 月 日

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)			
	氏名			(携帯)			
	生年月日	年 月 日	受給者番号				
	住所	〒 -					
届出者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を届出者として、本件を届出します。（届出者欄の以下の項目への記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 下記の者を届出者として、本件を委任します。（届出者欄の以下の項目への記入が必要です。） ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。					
	フリガナ		電話番号	(自宅)			
	氏名			(携帯)			
住所	〒 -		受診者との続柄				
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 届出者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり（送付先設定がない場合は、受診者あて送付します）					
	フリガナ		電話番号	(自宅)			
	氏名			(携帯)			
住所	〒 -		受診者との続柄				

届出が必要な事項を、 ご記入ください。 (表)	1	フリガナ 受診者氏名	新		旧	
	2	受診者住所	新	〒 -		
			旧	〒 -		
	3	加入医療保険等 変更	加入医療保険等 次の書類を添付した場合は○を付してください。 ・限度額認定証	フリガナ 被保険者氏名		受診者との 続柄
<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <<市町村国保>> <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <<業種別国保>> <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援受給世帯				記号		
適用区分				ア・イ・ウ・エ・オ・VI・V・IV・III・II・I	資格取得 年月日	年 月 日
4	支給認定 基準世帯員 変更	同じ保険に加入している者 に変更があった場合は、裏面の4「支給認定基準世帯員」の表に、変更後の世帯員全員をご記入ください。（ウラへ続く）				

《事務処理使用欄》						階層区分	適用区分	備考
⇒事務処理欄	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
		年 月 日 ~ 年 月 日						
		年 月 日 ~ 年 月 日						
	確認者	保健所受付印		保健福祉センター受付印		受付日 年 月 日		
交付履歴								
有効期間		年 月 日		~		年 月 日		
交付年月日		年 月 日						
階層/適用区分		/						

届出が必要な事項を、ご記入ください。(裏)

4 (つづき)	受診者と同じ保険に加入する者	支給認定基準世帯員の 氏名、生年月日		受診者 との続柄	課税年において、 16歳未満の方は、 下記に☑をつけて ください。	受診者と同一保険の方のうち、本年1月1日には他市町村に住民票の あった方については1月1日現在の居住地を記入してください。その うち現在は受診者と同居していない場合は、個人番号を記入してくだ さい。 受診者と同一保険の方のうち、本年1月1日には大阪市内に住民票が あり、現在は受診者と同居されていない場合、市内に住民票のある方は 現住所を、他市町村に住民票のある方は転出前の大阪市内での住所を記 入してください。 ただし、本年度課税地が大阪市と異なる方は、課税地の住所・生年月 日・個人番号を記載するか、住民税課税証明書を提出してください。	
		個人番号 (マイナンバー)					
		受診者 氏名	(氏名)	本人	<input type="checkbox"/> 16歳未満	1月1日現在の住所	
		世帯員	(氏名) (生年月日)		<input type="checkbox"/> 16歳未満	☐受診者と同じ(1月1日現在の住所)	
		世帯員	(氏名) (生年月日)		<input type="checkbox"/> 16歳未満	☐受診者と同じ(1月1日現在の住所)	
		世帯員	(氏名) (生年月日)		<input type="checkbox"/> 16歳未満	☐受診者と同じ(1月1日現在の住所)	
		世帯員	(氏名) (生年月日)		<input type="checkbox"/> 16歳未満	☐受診者と同じ(1月1日現在の住所)	

5	受診者の 個人番号 変更	※変更後の個人番号 (マイナンバー) をご記入ください。 ※受診者が18歳未満の場合は保護者 (過去に申請者となった方) の個人番号 (マイナンバー) に変更 があった場合のみご記入ください。	
		受診者氏名	
		個人番号 (マイナンバー)	
		保護者氏名	
		個人番号 (マイナンバー)	

【添付書類】

変更事項	添付書類
共通	医療受給者証の写し
1 受診者氏名 2 受診者住所	添付書類なし
3 加入医療保険等	医療保険の資格情報確認資料 下記のうち、いずれか1つ ①有効期間内の「健康保険証」の写し ②「資格情報のお知らせ」の写し ③「資格確認書」の写し ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報 (PDF)」の印刷したもの、 または、マイナポータルの画面をスクリーンショットしたものを印刷したもの。 その他必要な書類は、加入している医療保険によって異なります ((保険者へ適用区分照会のための) 課税証明書、生活保護適用証明書等)
4 支給認定基準世帯員	医療保険の資格情報確認資料 その他必要な書類は、加入している医療保険によって異なります
5 個人番号変更	通知カード、個人番号カード等

特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

大阪市長 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、次のとおり申請します。また、本申請の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

※ 太枠内に記入してください。

年 月 日

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
	生年月日	年 月 日	受給者番号		
	住所	〒 -			
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件の申請をします。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件の申請を委任します。(申請者欄の各項目への記入が必要です。) ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
	住所	〒 -			
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)			
	フリガナ		電話番号	(自宅)	
	氏名			(携帯)	
	住所	〒 -			

申請が必要な事項を、ご記入ください。(表)

	指定難病の追加・変更 <input type="checkbox"/> 追加 (追加・変更する病名) <input type="checkbox"/> 変更				
1	★特定医療費の支給開始日にかかる申し立て 特定医療費の支給開始日について、重症度分類を満たしていることを診断した日(軽症高額対象者は軽症高額の基準を満たした日の翌日)まで遡ることができます。臨床調査個人票に記載されている診断年月日など、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記入してください。ただし、申請日からの遡りの期間は原則1か月とし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月となります。ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますので、予めご了承ください。				
	特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	申請日から1か月以上(最長3か月まで)遡る場合(左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合)、該当する理由に☑してください。 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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()			
	★臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意(同意の有無について、いずれかに☑の記入をお願いします)				
	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	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ついて、厚生労働大臣に対し同意します。(詳細については、裏面「臨床調査個人票情報の研究等に関する説明」を参照)			
2	人工呼吸器 体外式補助人工心臓 の装着	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓			
3	支給認定基準世帯員のうち、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者の追加等	【区分】 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名 生年月日 年 月 日 氏名 生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号 受給者番号

(ウラへ続く)

<< 事務処理記載欄 >>					階層区分	適用区分	備考
有効期間	年 月 日	~	年 月 日				
	年 月 日	~	年 月 日				
確認者		受付日			年 月 日		
保健所受付印		保健福祉センター受付印			交付履歴		
		有効期間		年 月 日			
		~		年 月 日			
		交付年月日		年 月 日			
		階層/適用区分		/			

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【更新申請・変更届】 1 枚目

大阪市長 様

難病患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）第6条第1項の規定により、次の通り申請します。また、変更がある場合、難病患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、届出します。本申請や届出の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。

年 月 日

受診者	氏名	受給者番号			
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の者に本件申請を委任します。		電話番号	(自宅)
	住所	〒 -		続柄	(携帯)

※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

1 受給者証記載情報

下記の表のうち太線部分について現在お持ちの特定医療費（指定難病）受給者証の記載情報を印字していますので、変更がある場合は、変更ありに☑のうえ、変更後の内容を記入してください。人工呼吸器装着、高額かつ長期、按分については、新たに該当する場合だけでなく、**継続して該当する場合も、該当箇所**に☑のうえ、必要書類を提出してください。

受診者	氏名		<input type="checkbox"/> 変更あり	()
	住所		<input type="checkbox"/> 変更あり	(〒 -)
送付先	氏名		<input type="checkbox"/> 変更あり	()
	住所		<input type="checkbox"/> 変更あり	(〒 -)
加入医療保険の記号番号			<input type="checkbox"/> 変更あり	保険者名称 記号 番号 枝番 ⇒同時に階層区分を見直す場合、別途「変更申請書」の提出が必要。
病名			<input type="checkbox"/> 追加あり <input type="checkbox"/> 変更あり	⇒疾病の追加、又は変更がある場合、別途「変更申請書」と「臨床調査個人票（新規）」が必要。
月額自己負担上限額 / 階層区分				⇒申請日の翌月から階層区分を見直し、適用を希望する場合は、別途「変更申請書」の提出が必要。
負担	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、診断書の人工呼吸器欄に記載があることが必要。 ⇒新たに該当となる場合、上記に加えて、別途「変更申請書」の提出も必要。	
	高額かつ長期 ※2枚目最下段参照	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、自己負担上限額管理票の写し等の提出が必要。 ⇒新たに該当となる場合、申請日の翌月から上限額の見直しを希望する場合は、上記に加えて、別途「変更申請書」の提出も必要。	
	按分	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、申請書2枚目の4へ按分対象者の記入が必要。 ⇒新たに該当となる場合は、上記に加え、別途「変更申請書」の提出も必要。	
	軽症者特例		⇒指定医が記載した臨床調査個人票が「重症度」を満たさない場合は、医療費総額が確認できる書類（自己負担上限額管理票の写し等）の提出が必要。	
指定医療機関			<input type="checkbox"/> 変更あり	⇒変更後の指定医療機関名を、申請書2枚目の5へ記入が必要。

＜ 事務処理記載欄 ＞

保健所受付印		保健福祉センター受付印		保健所 記入欄		～					
				A	B1	B2	C1	C2	D	軽症	高長
				A	B1	B2	C1	C2	D	軽症	高長
				呼 吸 器	長 高 期 額	あ 按 り 分	変 更 な し	変 更 あ り	住所		氏名
									切り離し		負担
保健福祉センター 記入欄	確認者										
	日付	年 月 日		受付印不鮮明の場合日付記載							

2 支給認定基準世帯員等

(1) 住民票の同一世帯員全員を記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険の加入者は、受診者と別世帯であっても記入してください。受診者と同じ医療保険に加入されている場合は、同一保険に☑をしてください。

フリガナ氏名	続柄	16歳未満	同一保険	非課税	フリガナ氏名	続柄	16歳未満	同一保険	非課税	フリガナ氏名	続柄	16歳未満	同一保険	非課税
①	本人	<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、受診者と同一保険で、本年1月1日現在の住所が、現住所と異なる方は本年1月1日現在の住所を記入してください。また、本年1月1日現在の住所が大阪市以外の方は、本年1月1日現在の住所・生年月日・個人番号のすべてを記載するか、課税証明書を提出してください。

上記2.(1)氏名の番号	本年1月1日現在の住所	生年月日	個人番号
〒		年 月 日	
〒		年 月 日	

(3) 支給認定世帯員の個人市府民税の申告の状況、及び個人市府民税が未申告の場合、階層区分を上位所得の区分に決定されることについての同意(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。

3 収入にかかる申し立て (申し立て対象となる収入一覧は裏面参照)

受診者と世帯員(受診者と同一保険加入者)の住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80万9千円以下の場合、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。(課税対象となる年金収入は除く)

<input type="checkbox"/>	前年中に障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。
<input type="checkbox"/>	前年中に障がい年金・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 按分対象者

上記2.(1)で受診者と同じ医療保険に加入する者のうち、受診者以外で指定難病(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。	氏名() 受給者番号() ☑指 ☑小
	氏名() 受給者番号() ☑指 ☑小

5 受診を希望する(指定)医療機関(病院・診療所)

- 更新申請書の1枚目に記載されている「指定医療機関」の変更を希望する場合は記入してください。
- 受給者証の医療機関欄には「各都道府県(指定都市)内の指定医療機関」と記載されます。

指定医療機関の名称	所在地
【変更がある場合のみ記入してください】	電話番号

6 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意(いずれかに☑の記入をお願いします)

<input type="checkbox"/>	同意する	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ついて、厚生労働大臣に対し同意します。(詳細は、裏面<臨床調査個人票情報の研究等に関する説明>を参照)
<input type="checkbox"/>	同意しない	

(高額かつ長期*について)

高額かつ長期(高額難病治療継続者)に該当する場合は、自己負担上限額管理票の写しの提出が必要です。なお、非該当の方が新たに該当するとして申請される場合で、更新申請日の翌月(1日の場合は当月)から自己負担上限額の見直しを希望される場合は、別途「変更申請書」の提出も必要です。

(*) 申請を行う月を含む過去12か月の間で指定難病に係る医療費総額(10割分)が50,000円を超える月が6か月以上ある方。

2枚目（裏面）

<臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明>

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、表面の「6 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意」欄にチェックをしてください。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/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。

●障害基礎年金その他の給付金に係る証明書類一覧表 （2枚目（表面）の「3 収入に係る申し立て」にて申し立てをするべき収入）

給付の種類	提出書類
国民年金法に基づく「障害基礎年金」、「遺族基礎年金」、「寡婦年金」と法改正前の国民年金法に基づく「障害年金」	年金振込通知書、年金額改定通知書、支給額変更通知書、年金証書のうちいずれか一つの写し
厚生年金保険法に基づく「障害厚生年金」、「障害手当金」、「遺族厚生年金」と法改正前の厚生年金保険法に基づく「障害年金」	
船員保険法に基づく「障害年金」、「障害手当金」と法改正前の船員保険法に基づく「障害年金」	
国家公務員共済組合法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の国家公務員等共済組合法に基づく「障害年金」	
地方公務員等共済組合法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の地方公務員等共済組合法に基づく「障害年金」	
私立学校教職員共済法に基づく「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」と法改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく「障害年金」	
厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合法の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金のうち「障害共済年金」、同条第五項に規定する移行農林年金のうち「障害年金」と同法附則第二十五条第四項に規定する「特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの」	
特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく「特別障害給付金」	当該給付金に係る振込通知書の写し
労働者災害補償保険法に基づく「障害補償給付」、「障害給付」	
国家公務員災害補償法に基づく「障害補償」	
地方公務員災害補償法に基づく「障害補償」と同法に基づく条例の規定に基づく補償で「障害を支給事由とするもの」	
特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく「特別児童扶養手当」、「障害児福祉手当」、「特別障害者手当」と昭和六十年法律第三十四号附則第九十七条第一項の規定による「福祉手当」	

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		
保険者			
記号及び番号		適用区分	
病名			
有効期間	※有効期間内に更新申請を行わない場合、受給資格が失効し、医療費助成を受けることができなくなります。		
月額自己負担上限額		階層区分	

医療機関				
	<p>「難病法」に基づく指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)で使用できます。 ※指定医療機関については、各都道府県(指定都市)のホームページ等にてご確認ください。</p> <p>注意事項 助成の対象は、指定医療機関で行われる左記病名欄の疾病、及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られます。</p>			
負担	人工呼吸器等装着		高額かつ長期	
	軽症者特例		同一世帯内按分	
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。				
大 阪 市 長				印

(ミシン線)

(教示)

1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に大阪市長に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長になります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えはその審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

(ミシン線)

受給者証を交付された方へ

1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度額とする自己負担上限額までを指定医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることができます。

2 本制度の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に対する医療に限られています。

3 指定医療機関において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。

4 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、すみやかにお住まいの区の保健福祉センターにその旨を届け出てください。

5 死亡等で受給者の資格がなくなったときは、その理由及び事由発生年月日を記載のうえ、この証をすみやかに返還してください。

6 この証を破損したり、紛失した場合は、お住まいの区の保健福祉センターにその旨を届け出てください。

7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に更新の手続きを行ってください。

8 医療費助成の申請書及び関係書類は各区の保健福祉センターにご用意しています。

9 緊急その他やむを得ない場合を含め、この証に名称が記載されていない場合でも、指定医療機関での診察等であれば特定医療費の支給対象になります。

10 特定医療費（指定難病）医療費助成に関するお問い合わせ先

大阪市保健所管理課（保健事業グループ）

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1丁目2番7-1000号

あべのメディックス10階

電話 (06) 6647-0923

指定医療機関等の方へ

1 この証は都道府県知事及び政令市の長の指定を受けた医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）でのみ使用できます。指定を受けていない医療機関等では、この証は使用できません。

2 この証は、表面に記載された病名（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医療の場合に使用することができます。

3 月額自己負担上限額が設定されている方がこの証を使用する際には、「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」を確認し、医療費の窓口負担額等を記入してください。

4 指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

5 平成30年4月1日から難病法に基づく医療費助成業務が道府県から政令指定都市に移管されています。

年 月 日

通 知 書

大阪市長

年 月 日付で申請のあった難病の患者に対する医療費に関する法律第6条第1項の規定による指定難病の特定医療費支給認定の申請は、下記の理由により不認定となりましたので通知します。

記

受診者名 :

申請された病名 :

【理由】

(教示)

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【問い合わせ先】

大阪市保健所管理課保健事業グループ
〒545-0051
大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
あべのメディックス10階
電話 :

年 月 日

通 知 書

大阪市長

年 月 日付で申請のあった難病の患者に対する医療費に関する法律第6条第1項の規定による指定難病の特定医療費支給認定の申請は、下記の理由により不認定となりましたので通知します。

記

受診者名 :

内容 :

【理由】

(教示)

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【問い合わせ先】

大阪市保健所管理課保健事業グループ
〒545-0051
大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
あべのメディックス10階
電話 :

年 月 日

通 知 書

大阪市長

年 月 日 付けで申請のあった難病の患者に対する医療費に関する法律第6条第1項の規定による指定難病の特定医療費支給認定の申請は、下記の理由により不認定となりましたので通知します。

記

受診者名 :

申請された病名 :

【理由】

(教示)

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

(障害福祉サービス等について)

- 本通知は、申請された病名に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。
- 本通知は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になる場合がありますので、提出先で確認の上、ご使用ください。

【問い合わせ先】

大阪市保健所管理課保健事業グループ
〒545-0051
大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
あべのメディックス10階
電話：

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

受診者氏名	
受給者番号	

※この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証と一緒に指定医療機関等（病院、診療所、保険薬局および訪問看護ステーション）の窓口へ提出し、自己負担額を必ず記録してもらってください。

※この管理票は、あなたの医療費自己負担額を記録し証明するものですから、紛失等にはご注意ください。

大阪市

【記載例】

大阪市で処理する際に使用するものなので、医療機関側で丸で囲むなどはしないでください。

○年 5月自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 2,500円 受診者氏名 大阪 太郎

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額（月額）
5月 1日（ ）	A病院	8,000円	1,600円	1,600円
5月 1日（ ）	B薬局	4,000円	800円	2,400円
5月 15日（ ）	C病院	15,000円	100円	2,500円
5月 15日（ ）	D薬局	7,000円		
6月 10日（5月分）	E訪問看護ステーション	16,000円		

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
5月 15日	C病院

訪問看護サービス等において、利用した翌月に利用料を徴収する場合、利用月の最終日を記載するか、徴収日を記載のうえ、（ ）内に該当月を記載してください。

当日の治療費の2割が3,000円であったとしても、自己負担累積額が2,400円であるため、自己負担額は100円となります。(2,900円は公費負担) また、上限に達した以降は、翌月になるまでは自己負担はありません。

自己負担上限額に達した後も受診した際には、医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担累積額（月額）の欄は斜線を引く。

〈本管理票の交付機関及び連絡先〉
大阪市保健所管理課（保健事業グループ）
電話番号 （06）6647-0923

① 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額（月額）
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

② 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額（月額）
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円
月 日（ ）		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

③ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

④ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑤ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑥ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円
月 日 ()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑦ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑧ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑨ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑩ 年 月分自己負担上限額管理票 軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑪

年 月分自己負担上限額管理票

軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑫

年 月分自己負担上限額管理票

軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑬

年 月分自己負担上限額管理票

軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

⑭

年 月分自己負担上限額管理票

軽・高

月額自己負担上限額 円 受診者氏名

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円
月 日()		円	円	円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

複数の医療機関（病院・診療所・薬局等）にこの証明書の作成を依頼される場合は、お手数ですが、申請者様の方で提出先の数だけこの証明書のコピーをして、使用していただきますようお願いいたします。

様式第8号

指定難病に係る医療費総額証明書

氏名		生年月日	
疾病名 (指定難病)		※1 受診日や調剤日等の日ごとの内訳が書ききれない場合は、裏面を使用してください。	

算定期間	年 月から	年 月までの間
診療・調剤・介護給付 年月	診療・調剤等費の医療費総額 (10割分)	受診日や調剤日等の日ごとの内訳 ※1 (例) 10日 20,000円、20日 15,000円
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	
年 月	円	

※難病の医療費助成制度の給付対象となる医療・介護保険サービスのみ。

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 _____年 _____月 _____日

医療機関名
所在地
担当者名(所属課)
電話番号

医療機関の方へ：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり患している方の医療費総額が一定以上かかっていることを確認するための書類です。（軽症高額該当又は高額かつ長期該当）

※軽症高額該当者…難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、当該指定難病に係る月ごとの当該難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が、申請日の属する月から起算して12月前の月、又は支給認定を受けようとする指定難病の患者が当該指定難病を発症したと難病指定医が認めた月を比較していずれか後の月から申請日の属する月までの期間に3か月以上ある方。令和5年10月1日以降、医療費助成の開始日は、軽症高額の基準を満たした日の翌日に遡及（申請日からの遡り期間は原則1か月。やむを得ない理由があるときは最長3か月）できることとなりましたので、お手数ですが、受診日・調剤日等の日ごとの金額を記載してください。軽症高額の基準を満たした日が確認できない場合、受診日・調剤日等はその月の最終日とみなします。

※高額かつ長期該当者…支給認定を受けた指定難病に係る月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が、申請を行う月を含む12月以内に6か月以上ある方。

特定医療費（指定難病）償還払い申請書

(提出先) 大阪市長

年 月分から 年 月分(か月分)の特定医療費(指定難病)を
下記のとおり申請します。また、支給の決定に際し、医療機関・保険者・他の公費制度を所管する
公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

年 月 日

※以下、太枠内を記入してください。

申請者(18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。)

申請者	フリガナ		受診者(患者)との続柄
	氏名		
	住所	〒 - 電話番号() -	

受診者(患者)

(受診者)	フリガナ		生年月日	明 昭	・	大 平	年	月	日
	氏名		受給者番号						
	住所	〒 - □申請者と同じ							

本申請にかかる医療費の支給決定額を、下記の口座に口座振替されるよう依頼します。

口座振替依頼欄	銀行名	銀行・農協 信金・信組	口座名義人 (カナ)	※カタカナで記入してください					
	支店名	支店	口座番号						
	種目(該当するものを選択☑してください)			ゆうちょ銀行 の場合		記号・番号を記入してください			
	□普通・総合 □当座								

委任欄

私(受診者)は、上記申請者を代理人と定め、特定医療費(指定難病)の申請及び受領に関する
権限を委任します。

年 月 日

委任者(受診者)住所

委任者(受診者)氏名

※委任欄は、受診者(患者)と申請者が異なる場合のみ記入が必要です。
ただし、受診者が18歳未満で、その保護者が申請者の場合は記入不要です。

●償還払い申請書類の送付先は下記のとおりです。

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
大阪市保健所管理課保健事業グループ(償還払い担当)あて
電話(06)6647-0923

大阪市保健所受付印

《大阪市処理欄》

医療費決定額 (記入不要です)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

～請求者様へ～

○この用紙は指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとに記入してもらってください。

○複数の指定医療機関で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてお使いください。

特定医療費（指定難病）証明書

医療費決定額 (大阪市記入欄)	百万	十万	万	千	百	十	円
--------------------	----	----	---	---	---	---	---

(指定医療機関記入欄) ※太枠内のみ記入ください。

受診者氏名		受給者番号			(大阪市記入欄)		
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで					
診療年月	保険種別及び負担割合	指定難病に係る診療実日数	保険診療点数	患者負担額			
年	社保 国保 後期	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*	
			日	点	円	*	
			(総日数)	(総点数)	(総額)	円	
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*	
月分	介護 割	介護	日	(地域単価 単位 円)	円	*	
年	社保 国保 後期	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*	
			日	点	円	*	
			(総日数)	(総点数)	(総額)	円	
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*	
月分	介護 割	介護	日	(地域単価 単位 円)	円	*	
年	社保 国保 後期	入院	期 間	年 月 日 ～ 月 日		*	
			日	点	円	*	
			(総日数)	(総点数)	(総額)	円	
		通院 薬局・訪看	日	点	円	*	
月分	介護 割	介護	日	(地域単価 単位 円)	円	*	

備考欄

上記のとおり領収したことを証明する。

年 月 日

保険医療機関 (薬局)コード									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※指定医療機関に限る

名 称

記入者（連絡先）※必ず記載してください。

代表者

所属

課・係

所在地

氏名

電 話

内線

年 月 日

通 知 書

大阪市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

記

【理由】

（教示）

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【問い合わせ先】

大阪市保健所管理課保健事業グループ
〒545-0051
大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
あべのメディックス10階
電話：(06)6647-0923

特定医療費(指定難病)受給者証 再交付申請書

年 月 日

大阪市長 様

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により、次のとおり申請します。

★太枠内の必要事項をご記入ください

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)						
	氏名			(携帯)						
	生年月日	年 月 日	受給者番号							
	住所	〒 -								
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。(申請者欄の各項目への記入が必要です。) ※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。								
	フリガナ				電話番号	(自宅)				
	氏名					(携帯)				
住所	〒 -			受診者との続柄						
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)								
	フリガナ				電話番号	(自宅)				
	氏名					(携帯)				
	住所	〒 -			受診者との続柄					

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他() ※医療受給者証が破損又は汚損したことによる場合は、当該医療受給者証の添付が必要です。 ※紛失した受給者証を発見したときは、当該受給者証を速やかに返還してください。
---------------	---

更新手続き期間中は、再交付の必要な方に☑を記入してください	<input type="checkbox"/> 現行の医療受給者証の再交付 <input type="checkbox"/> 更新後の医療受給者証の再交付
-------------------------------	---

(留意事項)

- 1 太枠内の口欄(チェック欄)には、該当する項目に、☑を記入してください。
- 2 今回の申請者が前回の申請者と異なる場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定による申請内容の変更の届出とみなします。

≪事務処理使用欄≫

事務処理欄	保健所受付印	保健福祉センター受付印	確認者		
			交付履歴		
			有効期間	~	年 月 日
			交付年月日	年 月 日	年 月 日
			階層/適用区分	/	