

大阪市こども難病医療費助成事業事務取扱要領

第1 目的

完治困難な慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾病にかかる医療の給付その他の事業を行うことを目的とする。

第2 実施主体

本事業の実施主体は大阪市とする。

第3 対象者

本事業の対象者は、次の要件をすべて満たしている者（以下、「患児」という。）とする。

① 大阪市内に居住する者

② 本市が定める基準に該当する疾病にかかっている満18歳未満の児童（満18歳到達時点において本事業の対象となっており、かつ、満18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、満20歳到達までの者を含む。）であって、各種健康保険に加入している者。

なお、対象疾病及びその基準については大阪市こども難病医療費助成事業実施要綱（以下、「要綱」という。）別表2のとおり。

③ 他の医療費助成制度の対象にならない者。ただし、年齢要件が満18歳に達した日以降の最初の3月31日までである医療費助成制度（以下、「対象外助成制度」という。）の対象となっており、対象外助成制度の有効期間内に満18歳に達する者を除く。

第4 指定医療機関

(1) 市長は、大阪市こども難病医療費助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第4条に定める疾病の治療を行うに適切な医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する指定訪問看護事業者を含む。以下同じ。）を本事業に係る取扱い医療機関として指定する。（以下、「指定医療機関」という。）

(2) 指定医療機関の申請は、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関指定申請書（様式第11号）を市長あて提出することにより行うものとする。

(3) 市長は、前項の申請を受理したときは、その医療機関が指定医療機関として適当であるかを審査し、適当である場合は大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関指定書（様式第12号）を交付することによって指定する。

不適であった場合は、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関指定申請却下通知書（様式第13号）を交付する。

(4) 指定医療機関は、医療機関の所在地、名称等に変更があったときは、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関変更届（様式第14号）を、指定医療機関を辞退しようとするときは、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関辞退届（様式第15号）を市長あて速やかに提出するものとする。

第5 助成の方法

- (1) 現物給付の方法によることを原則とする。
- (2) 緊急その他やむを得ない事由により指定医療機関以外で医療の給付を受けた場合又は大阪府外に所在する医療機関にて医療の給付を受けた場合、医療の給付を受けようとする児童の保護者（以下「申請者」という。）がこども難病医療費請求書（様式第 9 号）及び大阪市こども難病医療費証明書（様式第 10 号）を、市長に提出することによって、償還払いの例による現金給付により助成を行う。

第 6 医療給付の申請

(1) 医療給付の申請

申請者は、次の書類を市長に提出するものとする。

- ① 大阪市こども難病医療受給者証交付申請書（様式第 1 号）
- ② こども難病医療意見書兼療育指導連絡票（様式第 2-1～2-2 号）
- ③ 世帯調書（様式第 3 号）
- ④ 患児の加入する医療保険と同一の医療保険加入者全員の市町村民税の課税額等に関する状況を確認することができる書類の写し
- ⑤ 患児の加入する医療保険と同一の医療保険加入者全員の医療保険の資格情報が確認できる資料
- ⑥ 療養生活に関するおたずね（様式第 7 号）

(2) こども難病医療意見書兼療育指導連絡票についての留意事項

こども難病医療意見書兼療育指導連絡票の様式は疾患群ごとに作成しており、当該疾患群に関連する検査項目等を網羅的に列記していることから、「診断の根拠となった主な検査等の結果」欄については、当該疾病の診断等に必要な項目のみ記載すれば足り、必ずしも全ての項目を記載する必要はない。

(3) 申請の経由機関

対象者の居住地（居住地がないか、または明らかでないときは、現在地）を管轄する保健福祉センター所長とする。保健福祉センター所長は申請を受理したときは、速やかにこれを市長（保健所管理課）に進達する（こども難病医療費助成事業関係経由文書定例決裁簿（様式第 8 号）による）。

第 7 医療給付の決定

- (1) 市長は、申請者からの申請を受理したときは、できるだけ速やかに要綱別表 2 等に従い適正に審査を行ったうえ、患児を認定し、医療の給付を決定するものとする。
- (2) 市長は、申請者からの重症患者認定申請を受理したときは、重症患者に該当するか否かを審査するものとし、その基準は要綱別表 4 に定めるとおりとする。
- (3) 審査は、申請時に提出された資料を基に、保健所に在籍する医師及びその他必要と認める本市専門医師が行うものとする。
- (4) 市長は、医療の給付を決定した患児に係る階層区分を決定し、大阪市こども難病医療受給者証（様式第 6 号。以下「受給者証」という。）を申請者に交付するものとする。
- (5) 市長は、医療の給付を行わないと決定したときは、その旨の理由を附して速やかに申請者に通知するものとする。

第8 受給者証の有効期間

- (1) 有効期間の始期は、申請のあった日とし、終期は原則として申請のあった日から1年後の日が属する月の末日とする。ただし、患児が満20歳に達する日を超えることはできない。
- (2) 重症患者認定の効力は、当該患者の受給者証の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き重症患者の認定を受けようとする場合は、受給者証の更新にあわせて重症患者認定を受けなければならない。
- (3) 既に受給者証を所持している者が、後に申請により重症患者に認定された場合、当該認定の効力は、重症患者認定申請書の受理日の属する月の翌月の1日から発生し、その終期は、既に所持する受給者証の有効期間の終期までとする。ただし、月の初日が同申請書の受理日である場合は、当該認定期間の始期は当該受理日とする。
- (4) 申請受理日において対象外助成制度の対象となっており、対象外助成制度の有効期間内に満18歳に達する者については、当該認定の効力は、対象外助成制度の有効期間の終期の翌日から発生し、終期は申請受理日から1年以内の日が属する月末とする。

第9 受給者証の有効期間の更新

第8に規定する有効期間の更新が必要な場合は、現に所持する受給者証の有効期間が切れる前に第6による申請を行うものとする。その際、第6による必要書類に、現に所持する受給者証の写しを添付するものとする。

第10 申請内容の変更

(1) 受診医療機関の追加・変更

- ① 受診医療機関について、当初申請した内容に追加・変更が生じたときは、速やかに大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第1号)及び大阪市こども難病医療受給者証記載事項変更届(様式第4号)に変更内容を記載し、居住地の保健福祉センターを経由して、市長あて提出するものとする。その際、現に所持する受給者証の写しを添付するものとする。
- ② 市長は変更内容を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

(2) 市内の住所等の変更

- ① 住所、氏名について、当初申請した内容に変更が生じたときは、速やかに大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第1号)及び大阪市こども難病医療受給者証記載事項変更届(様式第4号)に変更内容を記載し、居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して、市長あて提出するものとする。その際、変更内容が確認できる書類と現に所持する受給者証の写しを添付するものとする。
- ② 市長は受給者証の記載内容について変更が生じたときは、変更内容を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

(3) 階層区分の変更

- ① 階層区分について、原則として変更は認めない。ただし、階層区分について前々年分の所得等の状況により決定された者について、前々年分と前年分の所得等の状況とを比して著しい変動が生じたときは、申請により変更を認めることができる。

② 階層区分の変更を申請するときは、次の書類を居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して、市長あて提出するものとする。

- ・大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第 1 号)
- ・大阪市こども難病医療受給者証記載事項変更届(様式第 4 号)
- ・世帯調書(様式第 3 号)
- ・世帯全員の所得等に関する状況を確認できる書類
- ・現に所持する受給者証の写し

③ 市長は階層区分の変更申請について認めたときは、変更内容を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

④ 階層区分の変更申請により一部負担額に変更が生じた場合、変更後の一部負担額の適用については、申請者が変更に関する申請を行った日の属する月の翌月の 1 日からとする。

(4) 加入医療保険の変更

① 加入医療保険について、当初申請した内容に変更が生じたときは速やかに次の書類を居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して、市長あて提出するものとする。

- ・大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第 1 号)
- ・大阪市こども難病医療受給者証記載事項変更届(様式第 4 号)
- ・世帯調書(様式第 3 号)
- ・医療保険の資格情報が確認できる資料
- ・現に所持する受給者証の写し

② 市長は変更内容を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

(5) 対象外助成制度の変更

① 受給者証を所持している者が新たに対象外助成制度の適用となった場合は、次の書類を居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して、市長あて提出するものとする。また、対象外助成制度の有効期間終了後のみ利用できる受給者証を所持している者が、対象外助成制度の適用を受けなくなった場合で、本事業による医療費助成を受けることを希望する場合についても同様とする。

- ・大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第 1 号)
- ・大阪市こども難病医療受給者証記載事項変更届(様式第 4 号)
- ・現に所持する受給者証の写し
- ・対象外医療助成の受給者証等(持っている場合)

② 市長は変更内容を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

(6) 重症後追い申請

① 既に受給者証を所持している者が、後に重症患者認定を受けようとする場合、次の書類を居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して、市長あて提出するものとする。

- ・大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第 1 号)
- ・重症患者認定申請書(様式第 5 号)
- ・こども難病医療意見書兼療育指導連絡票(様式第 2-1～2-2 号)
- ・現に所持する受給者証の写し

② 市長は、申請者からの重症患者認定申請を受理したときは、重症患者に該当するか否

かを審査するものとする。審査の結果、当該患者を重症患者と認定したときは受給者証を申請者に交付するものとし、重症患者と認定しないときはその旨の理由を附して速やかに申請者に通知するものとする。

- ③ 重症患者に認定された場合、変更後の自己負担上限月額適用については、重症患者認定申請書の受理日の属する月の翌月の1日からとする。

(7) 疾病及び他疾患群の追加

新規申請に準じるものとし、現に所持する受給者証の写しを添付する。ただし、変更がなければ一部負担額決定にかかる書類（世帯調書及び世帯全員の所得等に関する状況を確認できる書類）の提出は不要とする。

第11 受給者証の取扱い

(1) 受給者証の返還

受給者証を交付された者が、治癒・死亡・転出等により患儿としての要件を喪失したときは、医療の給付を打ち切るものとし、速やかに受給者証を居住地を管轄する保健福祉センター所長を経由して市長に返還するものとする。

(2) 受給者証の再交付

受給者証を紛失又は棄損した場合は、申請により受給者証を再交付するものとする。再交付申請については、大阪市こども難病医療受給者証交付申請書(様式第1号)によるものとする。

第12 受給者証の提示・医療の実施

受給者証を交付された者が、医療を受けようとするときは、医療機関に医療保険の資格情報が確認できる資料とともに受給者証を提示し、当該医療機関はこれに対し必要な医療を実施するものとする。

なお、本事業の対象となる医療は、通院、入院を問わず、また、重症患者であるか否かにかかわらず、受給者証に記載された疾病及び当該疾病に附随して発現する傷病に対する医療とする。したがって、これ以外のもの（いわゆる併発病等）については、本事業の対象とはならない。

第13 費用の請求及び支払

- (1) 指定医療機関は、費用について診療報酬請求書及び診療報酬明細書により社会保険診療報酬支払基金及び大阪府国民健康保険団体連合会を経由して市長に請求するものとし、市長はこれについて速やかに支払うものとする。

- (2) (1)の費用の額は、「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）」、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」又は「保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成18年厚生労働省告示第496号）」に準じて算定した額から、当該児童について医療保険により行われる医療に関する給付の額を控除し、さらに要綱第5条及び第6条に定めるところによる一部負担額を控除した額とする。

第 14 報告

市長は本事業に関して必要な報告を指定医療機関に求めることができる。

第 15 個人情報の取扱い

市長は、患者等に与える精神的影響と、その病状に及ぼす影響を考慮して、申請によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

第 16 事務処理

本事業に関する内容を明確にしておくため、次に掲げる項目を記載したこども難病医療費助成事業台帳を大阪市保健所管理課に備え付け、事業の実施状況を記載し整理しておくものとする。

1. 受給者番号 2. 保険区分 3. 受診者の住所、氏名及び生年月日
4. 保護者の住所、氏名及び受診者との続柄 5. 受診医療機関名 6. 疾患群
7. 疾病名 8. 認定期間 9. 入院・通院別実診療日数 10. 転帰
11. 自己負担上限月額 12. 保険者 13. 医療保険の記号・番号

第 17 実施時期

平成 24 年 11 月 1 日から実施する。

附 則

この要領は、平成 24 年 12 月 19 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 25 年 3 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 25 年 3 月 13 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 27 年 1 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 30 年 1 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 30 年 7 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和元年 10 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和３年４月１日から適用する。

附 則

この要領は、令和４年１月１日から適用する。

附 則

この要領は、令和４年７月１日から適用する。

附 則

- １ この要領は、令和７年３月３１日から適用する。
- ２ 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- １ この要領は、令和７年７月１日から適用する。
- ２ 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- １ この要領は、令和８年３月１日から適用する。
- ２ 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- １ この要領は、令和８年７月１日から適用する。
- ２ 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- １ この要領は、令和８年８月１日から適用する。
- ２ 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

保健福祉センター受付印

こども難病医療受給者証交付申請書（新規・更新・変更）に際してのご案内

■ こども難病医療受給者証交付申請の手続きについて

1 新規申請

- ① こども難病医療受給者証交付申請書
- ② こども難病医療意見書兼療育指導連絡票（指定医が申請受付日より3か月以内に記載したもの）
＊様式は疾患群により異なります。
- ③ 世帯調書
- ④ 受診者と同一の医療保険加入者の市民税額等の課税状況等が確認できる書類（詳しくは下表をご参照ください。）
＊④の世帯調書に記載された「児童と同じ医療保険加入者」に該当する方の市民税額等が確認できる書類。
＊所得を証明する書類が提出できない場合は、市民税課税状況等を職員が閲覧することの同意書を提出していただく必要があります。
- ⑤ 医療保険の資格情報が確認できる資料
＊④の世帯調書に記載された「児童と同じ医療保険加入者」に該当する方の分が必要です。
- ⑥ 療養生活に関するおたずね

2 更新申請

- 上記①～⑥に加え、⑦の書類が必要になります。
- ⑦ 既に交付されているこども難病医療受給者証の写し

3 自己負担限度額の特例に関する申請

- a 重症患者認定：②こども難病医療意見書兼療育指導連絡票の裏面の重症患者認定意見欄に主治医の記載がある場合のみ申請できます。
- ⑧ 重症患者認定申請書
- b 人工呼吸器等装着：対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器または体外式補助人工心臓等を使用している方
- ⑨ こども難病医療意見書別紙（人工呼吸器等装着者申請時添付書類） ＊主治医の記載があるもの
- c 高額かつ長期：本制度の受給認定を受けている直近の一年間において、認定を受けている疾病にかかる総医療費が5万円を超える月が6回ある場合。
該当する場合は重症患者認定と同じ自己負担上限額が適用されます。
- ⑩ 上限額管理票の写し
- ⑪ 毎月（6回分）の医療費の領収書の写し（自己負担上限額管理票の写しで金額等の確認ができる場合は省略できます。）
- d 世帯内按分：医療保険上の世帯内にこども難病の認定受給者が他にいる方
- ⑫ （該当する他の受診者の）受給者証の写しまたは申請書の写し

4 変更申請

加入医療保険の変更、保険加入世帯員の変更、受診指定医療機関の変更およびこども難病医療受給者証に記載している事項等に変更があった場合は、「こども難病医療受給者証交付申請書」の受診者欄および申請者欄へ記載の上、別紙「こども難病医療受給者証記載事項変更届」に変更箇所を記載の上、必要書類を提出してください。

＜こども難病医療費助成事業における自己負担上限月額及び提出する所得を証明する書類等＞

階層区分			自己負担上限月額			備考
			＊患者負担割合は2割		＊外来、入院、薬代、訪問看護の費用を対象とする	
			原 則			
			一般	重症★	人工呼吸器等装着者	
II	市町村民税 非課税世帯	保護者収入826,500円以下の場合	1,250		500	市民税・府民税特別徴収税額の決定・変更 通知書(納税義務者用)又は 市民税・府民税納税通知書兼税額決定(充 当)通知書(課税明細書その1、その2も 必要) ＊これらの書類がない場合は、市民税課税 状況等を職員が閲覧することの同意書を提 出していただきます。
III		保護者収入826,501円以上の場合	2,500			
IV	市町村民税課税以上71,000円未満の場合		5,000	2,500		
V	市町村民税71,000円以上251,000円未満の場合		10,000	5,000		
VI	市町村民税251,000円以上の場合		15,000	10,000		
入院時食事療養費			1／2自己負担額			

- (1) 市町村民税非課税世帯とは、所得割と均等割のいずれも非課税の世帯となります。
 - (2) 市町村民税非課税世帯の場合、保護者の収入（※公的年金等収入金額およびその他の所得金額の合算）により階層区分を決定します。
※82万6,500円以下の場合、保護者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障がい者手当・障がい児福祉手当等の受給が確認できる証書または振込通知書等の写しを ご提出していただく必要があります。
 - (3) 市町村民税の均等割のみ課税されている世帯は、階層区分Ⅳの区分となります。
 - (4) 階層区分Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ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の合算額により決定します。
- ★ 重症患者認定基準に該当する方もしくは受給認定を受けている直近の1年間において、認定を受けている疾病にかかる総医療費が5万円を超える月が6回ある高額かつ長期な治療を要する方

5 再交付申請

受給者証を紛失又は棄損した場合は、「こども難病医療受給者証交付申請書」の再交付に○をし、受診者欄を記載の上、ご提出ください。

※受給者証の再交付については、必要書類はありません

■ 申請に際しての注意

- ① 申請受付から、審査結果が出るまでに、通常2か月程度かかります。（主治医に内容確認を行う場合は、審査に2か月以上かかることがあります。）
- ② 有効期間の始期は、申請受理日以降となります。更新申請の場合、有効期間内にお手続きをしていただく必要があります。有効期間を過ぎて申請をされる場合は新規申請となりますので、申請受理日が有効期間の始期になります。
- ③ やむを得ない事情のある場合、申請書を提出いただき申請受理日とすることが可能です。医療意見書等その他の必要書類については速やかに提出してください。
- ④ 受給者証が交付されるまでの有効期間内に支払った治療による医療費は、医療受給者証が届くまでの間は、医療機関により支払いを待ってもらえる場合と、請求される場合があります。医療費をお支払いいただく際は**医療保険単独適用後自己負担分を一旦お支払いいただき**、交付後受診医療機関で精算いただいでください。精算が難しい場合は請求書に領収書等必要書類等を添えて本市へ請求してください。
- ⑤ 氏名のふりがなは必ず記入してください。
- ⑥ 受給者証を郵送したとき、あて先不明等で返送される場合がありますので、住所はマンション名等や、〇〇様方まで詳しく記入してください。
- ⑦ 受診指定医療機関の欄には、**主に利用する医療機関1箇所を記載してください。**
- ⑧ 受給者証交付後に、氏名、住所、加入医療保険などの変更をされる場合は、変更届を提出してください。

受給者番号										新 規 ・ 継 続 ・ 再 開		
患 者	ふりがな								年 月 日生（満 歳）			
	氏 名											
発 病	年 月 頃						初診日		年 月 日			
疾患群	01 血液疾患		疾病名		I C D （ ）							
治療 見込 期間	入 院	年 月 日～						年 月 日				
	通 院	年 月 日～						年 月 日（年・月 回）				
現在の症状： 該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載してください。 発 熱（有、無）、鼻 出 血（有、無）、関 節 痛（有、無）、易感染症（有、無） 血 尿（有、無）、貧 血（有、無）、黄 疸（有、無）、発 疹（有、無） 出 血 斑（有、無）、脾 腫（有、無）、腫 瘤（有、無）、血 管 腫（有、無） そ の 他（ ）												
診断の根拠 となった主な検査等の結果（数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。 H b （ g/dl ）、R B C （ $\times 10^4/\mu l$ ）、H t （ % ）、P l t （ $\times 10^4/\mu l$ ） W B C （ $/\mu l$ 、好中球 % 、好酸球 % 、リンパ球 % 、単球 % ） 網赤血球（ % ） 、出血時間（ 分 ） 、P T （ 秒 ） 、A P T T （ 秒 ） 第Ⅷ因子（ % ） 、第Ⅸ因子（ % ） 、血清間接ビリルビン（ mg/dl ） L D H （ IU/l ） 、B U N （ mg/dl ） 、直接Coombs試験（ + ・ - ） I g G （ mg/dl ） 、I g A （ mg/dl ） 、I g M （ mg/dl ） P A - I g G （ ng/ 10^7 cells ） 、フェリチン（ ng/ml ） 、F e （ $\mu g/dl$ ） 白血球機能検査：未実施、実施（所見） 血小板機能検査：未実施、実施（所見） 細胞表面抗原検査：未実施、実施（所見） 骨 髄 検 査：未実施、実施（所見）												
その他の現在の主な所見等：合併症（ 無 、 有 ）												
経 過 （これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果） 血 栓 症 の 既 往：無、有 入院加療を要する感染症：無、有（年3回以上、3回未満、年間延べ3か月以上） （1つに○印： 治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）												
今後の治療方針・内容等 薬物療法： 食事療法： 該当する治療法に○印： 補充療法、G - C S F療法、除鉄剤、抗凝固療法、ステロイド薬、免疫抑制薬、 抗腫瘍薬、再発予防法、造血幹細胞移植、腹膜透析、血液透析												

受給者番号										新規・継続・再開	
患者	ふりがな						年 月 日生（満 歳）				
	氏 名										
発 病	年 月 頃						初診日	年 月 日			
疾患群	02 神経・筋疾患	疾病名	ICD（ ）								
治療見込期間	入 院	年 月 日～						年 月 日			
	通 院	年 月 日～						年 月 日（年・月 回）			
現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載してください。											
「神経疾患」 小頭症：無、有（頭囲 cm）、けいれん発作：無、有（ ） 自 閉 傾 向：無、有（ ） 、 意 識 障 害：無、有（ ） 異 常 行 動：無、有（自傷行為、多動）、 精 神 遅 滞：無、有（軽、中、重） 運 動 障 害：無、有（歩行可、座位可、寝たきり）、皮 膚 所 見：無、有（白斑、発汗欠如） 呼 吸 異 常：無、有（ ） 、 体 温 調 節 異 常：無、有（ ） 温痛覚の低下：無、有（ ） 、 骨 折 ・ 脱 臼：無、有（ ） シ ャ ン ト：無、有（ ）											
「筋疾患」 筋緊張低下：無、有（程度 ）											
診断の根拠となった主な検査等の結果（数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。											
「神経疾患」 発達・知能指数：未実施、実施（ 歳時、数値 ） 脳 波：（ 歳時、所見 ） C T または M R I：未実施、実施（所見 ） 血清麻疹抗体価上昇：無、有、未実施 髄液麻疹抗体検出：無、有、未実施 発 汗 テ ス ト：未実施、実施（方法： 、所見 ）											
「筋疾患」 発達・知能指数：未実施、実施（数値 ） 筋 生 検：未実施、実施（所見 ） 筋 電 図：未実施、実施（所見 ） 血 清 C K：未実施、実施（ IU／l） 血 清 乳 酸：未実施、実施（ mg／dl） C T または M R I：未実施、実施（所見 ）											
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有 ）											
経 過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）											
（1つに○印： 治癒、 寛解、 改善、 不変、 再燃、 悪化、 死亡、 判定不能）											
今後の治療方針・内容等											
薬物療法： 食事療法： 該当する治療法に○印： 強心薬、利尿薬、経管栄養、中心静脈栄養、人工呼吸管理、酸素療法、 気管切開管理											

世 帯 調 書

	氏 名	続柄	生 年 月 日 (年 齢)	受診者と 同じ医療 保険加入者 (※)	備 考
受診者と 同じ住民票の 全世帯員	(受診者氏名)	本人	・ ・ 年齢 ()	/	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
受診者と 同じ医療保険に 加入する上記 以外の者		本人の	・ ・ 年齢 ()	☐	
	(住 所) 〒 -				
【記載上の注意】					
※ 「受診者と同一医療保険加入者」とは・・・ 国民健康保険(大阪市、業種別)の場合、受診者と同一の保険に加入している方 <u>全員</u> です。 被用者保険(全国健康保険協会管掌、組管掌、共済)の場合、 <u>被保険者のみ</u> です。					
					保健福祉センター確認欄

大阪市こども難病医療受給者証 記載事項変更届

受診者	ふりがな			生年 月 日	年	月	日	受給者番号					
	氏 名												

該当する項目を○で囲み、変更内容を記載してください。

受診者の氏名

ふりがな

氏 名

受診者の住所

住所

〒 区

電話番号 ()

疾病の変更・追加

変更前

変更後

追加

受診者の加入医療保険の変更

被保険者氏名

受診者との続柄

保険種別

被用者保険
(全国健康保険協会、組合健保、共済等)

国民健康保険
(大阪市、業種別)

保険者名

名称

記号

番号

記号・番号・枝番

番号

資格取得年月日

年 月 日

枝番

自己負担限度額の変更

①・②・③・④・⑤

*該当する番号に○印

(新しい自己負担上限月額は原則、変更申請日の翌月1日から適用となります。)

①

被用者保険

変更前 (被保険者氏名 続柄)

変更後 (被保険者氏名 続柄)

②

国民健康保険

増員・減員 (氏名 続柄)

増員・減員 (氏名 続柄)

増員・減員 (氏名 続柄)

増員・減員 (氏名 続柄)

※受診者と同一医療保険に加入している世帯員に変更が生じた場合は、自己負担上限月額に変更が生じる可能性がありますので届出が必要です。

③

重症患者認定

重症患者認定基準に該当する場合

④

人工呼吸器等装着

現在お持ちのこども難病医療受給者証に記載されている病名によって継続して常時、生命維持管理装置(人工呼吸器、体外式補助人工心臓)を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている方

⑤

高額かつ長期

本制度の受給認定を受けている直近1年間において、医療費総額が5万円を超える月が6回ある場合

⑥

世帯内按分特例

受診者と同じ世帯内(同じ医療保険の加入者)で、こども難病の医療費助成を受けているもしくは申請中の者がいる場合

こども難病 氏名 () 受給者番号 ()

他の医療助成の変更

追加

削除

必要書類

・【全共通】こども難病医療受給者証の写し

・変更内容が確認できる書類 (世帯調書など)

・こども難病医療意見書兼療育指導連絡票

・医療保険の資格情報が確認できる資料

・世帯調書

・世帯調書

・医療保険の資格情報が確認できる資料 (被用者保険の場合は受診者および被保険者分、国民健康保険の場合は住民票上の世帯全員分)

・市民税額等が確認できる書類等 (保険種別・課税状況等により異なりますので、詳しくはお尋ねください)

・重症患者認定申請書

・こども難病医療意見書兼療育指導連絡票 (重症患者認定意見欄に主治医の記載があるもの)

・医療意見書別紙 (人工呼吸器等装着証明添付書類に指定医の記載があるもの)

(該当する6月分の)

・上限額管理票の写し

・医療費領収書の写し (上限額管理票のみで金額確認できる場合は省略可能)

・(該当する方の)受給者証の写し

・他の医療助成の受給者証の写し

*医療受給者証の記載内容に変更が生じない場合は、新たな医療受給者証の交付はありません。

(大阪市子ども難病医療費助成事業用)

重症患者認定申請書

受 診 者	ふりがな					生 年 月 日	年	月	日生 (歳)								
	氏 名																
	住 所	〒				—											
		大阪市 区															
受給者番号 (既にお持ちの方のみ記入)								電話番号 ()	—								
障 害 等 の 状 態	重症患者認定基準に該当する障がいの長期継続の状態（裏面を参考に該当欄に○印をご記入下さい）																
	基 準 ①					基 準 ②											
	眼					神 経 ・ 筋 疾 患											
	聴 器																
	上 肢																
	下 肢																
	体 幹 ・ 脊 柱																
肢 体 の 機 能																	
添付する証明書類 (該当するものに○)		1. 子ども難病医療意見書 2. 身体障がい者手帳の写 (1、 2 級) 3. 障害年金証書の写 4. その他															
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。																	
〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> — <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
申 請 者 住 所 _____																	
(ふ り が な) _____																	
申 請 者 氏 名 _____ 受診者との続柄 ()																	
申 請 者 電 話 番 号 () — _____																	
年 月 日																	
大 阪 市 長																	
【重症患者認定の申請について】 1. 重症患者の認定には、裏面の認定基準を満たしていることが必要になりますので、重症申請を行う際には、裏面をご確認ください。 2. 重症患者の申請の際には、この申請書のほか、子ども難病医療意見書兼療育指導連絡票が必要となります。 3. 受給者が身体障がい者手帳（1、2級）もしくは障害年金証書をお持ちの場合は、その写しを提出してください。 4. 既に受給者証をお持ちの方が重症申請をされる場合は受給者証を提示してください。																	

大阪市こども難病医療受給者証				
公費負担者番号				
受給者番号				
受診者	住所			
	氏名			
	性別	*	生年月日	
疾病名				
有効期間		～		
月額自己負担限度額				階層
入院時食事療養費			重症認定	
指定医療機関名				
上記のとおり認定する。 年 月 日 大阪市長				

こども難病医療費助成事業	
(目的) 完治困難な慢性疾患にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成を図るため、当該疾患にかかる医療の給付その他の事業を行うことを目的としています。 (注意事項)	
1 この受給者証を交付された方は、標記の疾患について保険診療を受けた場合、この受給者証の表面に記載された金額を限度とする患者一部自己負担額（なお、「一部自己負担無」と記載されている場合は、一部負担はありません。）を指定医療機関（病院、保険薬局、訪問看護ステーション）に対して支払うこととなります。 なお、本事業が利用できるのは受給者証に記載されている指定医療機関と、大阪府下の保険薬局となります。	
2 本事業の対象となる医療は、受給者証交付に際して承認された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。	
3 保険医療機関等において診療を受ける場合、医療保険の資格情報が確認できる資料に添えて、この受給者証と自己負担上限額管理票を必ず窓口にて提出してください。	
4 氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。	
5 治癒、死亡、市外転出等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに市長に返還してください。	
6 この受給者証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、市長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、必ず有効期間内に所定の手続きを行って下さい。	
8 その他こども難病医療費助成事業にかかる御不明の点は、次の【連絡先】にお問合せください。	
【連絡先】 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 電話(06)6647-0654	

保健福祉センター 確認欄	日付:
-----------------	-----

療養生活についてのおたずね（新規・転入時）

これは、小児慢性特定疾病医療受給者証・子ども難病受給者証の交付申請をされる方の現在の状況を把握し、今後の療養生活や災害時の支援、大阪市の小児慢性特定疾病対策に役立てることを目的としています。
ご記入の上、申請手続き書類とともにご持参ください。なお、ご回答いただいた内容は匿名で集計され、統計的な分析のみ使用します。ご協力をお願いいたします。

記入者: ☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ その他()

受診者氏名		生年月日		住所	区	病名
ふりがな		西暦	年 月 日			
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	電話		

あてはまる項目の□に✓を入れ、()内に内容をご記入ください。

1 この病気の症状に気がついたのは、いつ頃ですか。

()年()月頃 ()歳()か月

そのときの症状について、お書きください。

2 初めて診断を受けたのは、いつ頃ですか。

()年()月頃 ()歳()か月

その医療機関はどこですか。

	病院・医院
--	-------

3 病気についての説明を十分に受けましたか。

☐ はい ☐ いいえ

どなたが聞かれましたか。

☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ その他()

内容	

4 現在の体調について教えてください。

☐ 安定している ☐ 病状が不安定

☐ その他()

5 申請された疾病以外で、治療中の病気などがありますか。

☐ ない ☐ ある → 病名等()

6 治療を受けている医療機関・頻度について教えてください。

☐ 通院

医療機関名 ()

診療科 ()

頻度 ()か月に()回

☐ 訪問診療

医療機関名 ()

頻度 ()か月に()回

☐ 訪問看護

事業所名 ()

頻度 ()か月に()回

☐ 訪問・通所リハビリ

事業所名 ()

頻度 ()か月に()回

☐ 入院中

医療機関名 ()

()年()月～

退院予定 ☐ あり ☐ なし

7 治療内容および医療処置について教えてください。

☐ あり ☐ なし



☐ 呼吸管理 → ☐ 気管切開

☐ 人工呼吸器 → ☐ 常時 ☐ 夜間のみ
☐ その他()

☐ 酸素療法 → ☐ 常時 ☐ 労作時のみ ☐ 夜間のみ

☐ 吸引 → ☐ 常時 ☐ 時々()回/日

☐ 栄養管理 → ☐ 経鼻 ☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 中心静脈栄養

☐ 排泄処置 → ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 導尿

☐ 浣腸

☐ ストーマ → ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱

☐ 人工透析 → ☐ 血液透析 ☐ 腹膜透析

☐ 内服 ☐ ネブライザー(吸入処置)

☐ 注射・点滴(自己注射含む)

☐ 血糖測定 ☐ 食事療法 ☐ 運動制限

☐ その他()

8 治療や医療処置は普段どなたが管理されていますか。

(複数可)

☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ 祖父母

☐ 訪問看護 ☐ 居宅介護(ヘルパー)

☐ その他()

裏面もご記入ください→

9 日常生活で介助が必要ですか。

- ☐ 同年齢の子どもと同じ程度
☐ 同年齢の子どもより介助が必要
➡ どのような場面で介助が必要ですか。
☐ 食事 ☐ 排泄 ☐ 入浴 ☐ 移動
☐ その他()

10 在宅で一緒に暮らしている方を教えてください。

- ☐ 母 ☐ 父 ☐ きょうだい()人
☐ 祖父母 ☐ その他()

11 療育手帳や障がい者手帳はお持ちですか。

- ☐ 持っていない
☐ 持っている・申請中
☐ 療育手帳 (☐ A ☐ B1 ☐ B2) ☐ 申請中
➡ ()年()月取得
☐ 身体障がい者手帳 ()級 ☐ 申請中
➡ ()年()月取得
☐ 精神障がい者保健福祉手帳➡()級 ☐ 申請中
➡ ()年()月取得

12 福祉サービスを受けていますか。(該当するものすべてに☑)

- ☐ ホームヘルプなど(居宅介護・重度訪問介護)
☐ 外出時の支援(同行援護・行動援護・移動支援)
☐ 短期入所(ショートステイ)
☐ 生活介護
☐ 施設入所
☐ 計画相談支援・障がい児相談支援
☐ 補装具費・日常生活用具給付
☐ その他()

13 就園・就学等の状況について教えてください。

- ☐ 未就園
☐ 保育所・幼稚園 ➡所属先()
☐ 児童発達支援 (☐ 通所 ☐ 訪問型)
➡所属先()
☐ 放課後等デイサービス ➡所属先()
☐ 小学校
☐ 地域の学校 (☐ 通常学級 ☐ 通級 ☐ 特別支援学級)
☐ 支援学校 ☐ 院内学級
☐ 中学校
☐ 地域の学校 (☐ 通常学級 ☐ 通級 ☐ 特別支援学級)
☐ 支援学校 ☐ 院内学級
☐ 高等学校 ☐ 支援学校高等部
☐ 大学 ☐ 短期大学・専門学校
☐ 仕事をしている
☐ 就労移行支援・就労継続支援 等
☐ その他()

14 災害時の備えについてお聞きます。

- ☐ 近所の避難所を知っている
☐ 避難経路が確認できている
☐ 緊急時に持ち出すものを準備している
☐ 災害時に備えて食料や生活用品を備蓄している
☐ 薬を7日分確保できている

15 病気・治療について心配なことや相談したいことはありますか。

- ☐ 病状がよくない、不安定 ☐ かかりつけ医に相談できない
☐ 本人の病気の理解、本人への病気の説明
☐ ケアの方法 ☐ 特になし
☐ その他()
具体的にどのようなことですか。

16 生活において心配なことや相談したいことはありますか。

- ☐ 就園・就学 ☐ 園・学校生活 ☐ 進級・進学 ☐ 就職
☐ 友人・人間関係 ☐ 発育・発達 ☐ 食事・離乳食
☐ 災害時の避難方法 ☐ 周囲(地域等)の理解
☐ 介護の負担 ☐ 家族の体調 ☐ きょうだいとの時間
☐ 次の子の出産について ☐ 経済面 ☐ 福祉サービス
☐ 同じ立場の人との交流 ☐ 特になし
☐ その他()

具体的にどのようなことですか。

受診者氏名		生年月日		住所	区	病名	記入者		
ふりがな		西暦	年 月 日						☐ 本人
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	電話			☐ その他 ()		

1 この1年の体調について教えてください。

4 治療内容および医療処置について教えてください。

7 病気・治療について心配なことや相談したいことはありますか。

2 治療を受けている医療機関・頻度について教えてください。

--

8 生活において心配なことや相談したいことはありますか。

☐ 就園・就学 ☐ 園・学校生活 ☐ 進級・進学 ☐ 就職
☐ 友人・人間関係 ☐ 発育・発達 ☐ 食事・離乳食
☐ 災害時の避難方法 ☐ 周囲(地域等)の理解
☐ 介護の負担 ☐ 家族の体調 ☐ きょうだいとの時間
☐ 次の子の出産について ☐ 経済面 ☐ 福祉サービス
☐ 同じ立場の人との交流 ☐ 特になし ☐ その他

5 治療や医療処置は普段どなたが管理されていますか。(複数可)

具体的にどのようなことですか。

6 日常生活で介助が必要ですか。

9 災害時の備えについてお聞きします。

3 在宅で一緒に暮らしている方を教えてください。

☐ 母 ☐ 父 ☐ きょうだい()人
☐ 祖父母 ☐ その他()

ご記入ありがとうございました。内容によっては、保健福祉センターからご連絡させていただくことがあります。ご了承ください。

(様式第8号)

こども難病医療費助成事業関係経由文書定例決裁簿

() 区保健福祉センター

[illegible]

こども難病医療費請求書

年 月 日

大 阪 市 長 様

次のとおりこども難病医療費助成事業にかかる医療費（一部自己負担分）を請求します。

医療費（一部自己負担分） ※記入不要	百万	十万	万	千	百	十	円
-----------------------	----	----	---	---	---	---	---

受 診 者	氏 名				受給者番号										
	住 所	〒 —													
請 求 者	ふりがな											受診者との続柄			
	氏 名														
	住 所	〒 —													
	送 金 用 振替口座	銀 行 名	銀行				預金項目 (どちらかに○)		当座 ・ 普通						
			支店				口座番号								
口座名義 (請求者と同一のこと)		ふりがな 氏 名													

送金用振替口座の欄には必ず請求者名義の口座を記入してください。

※ 記入上の注意

- この請求書はこども難病医療受給者証により医療機関に受診された方で、その月に支払った一部負担額の合計が月額自己負担上限額を超えて支払った方のみ提出してください。
- 保険点数の記載がある領収書の原本を、すべての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。領収書の返却を希望される方は、その旨を明記してください。
- 領収書がない場合は、医療機関においてこども難病医療費証明書を作成してもらってください。（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますのでご了承ください。）
- 該当月の上限額管理票の写しを添付してください。
- 太枠内のみ記入してください。

<請求書提出先> 〒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 電話 (06) 6647-0654

大阪市こども難病医療費証明書

受給者番号								月額自己負担 上限額	円
受給者氏名								生年月日	年 月 日
住 所	大阪市 区								
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
診療年月		診療実日数		対象医療費 及び一食単価		患者負担額			
年 月分	入院	日	円	円					
		食	円	円					
	通院	日	円	円					
	薬局	日	円	円					
	訪問 看護	日	円	円					
年 月分	入院	日	円	円					
		食	円	円					
	通院	日	円	円					
	薬局	日	円	円					
	訪問 看護	日	円	円					
年 月分	入院	日	円	円					
		食	円	円					
	通院	日	円	円					
	薬局	日	円	円					
	訪問 看護	日	円	円					

上記のとおり、こども難病医療費に係る患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（薬局・訪看ST）コード

医療機関名

代表者

所在地

※こども難病医療費の証明は、大阪市こども難病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。

大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関 指定申請書

申請者区分 (該当するものに☑)	☐ 病 院 ・ 診 療 所 ☐ 薬 局 ☐ 指 定 訪 問 看 護 事 業 者		
保 険 医 療 機 関 保 険 医 療 機 関 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	名 称	フリガナ 	
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	コ ー ド ※1		
開設者・指定訪問看護事業者	種 別 (該当するものに☑)	☐ 個人 ☐ 法人	
	氏 名 (名 称)※2		
	住 所 (所 在 地)※3	〒	
	電 話 番 号		
	代 表 者 (指定訪問看護事業者 のみ記入)	氏 名	
	住 所	〒	
上記のとおり、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定を申請します。 年 月 日 申請者 [「開設者・訪問看護事業者」欄における「氏名(名称)」及び「住所(所在地)」と一致] 住 所(所在地): 氏 名(名称): 大阪市長 あて			

※1 病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載してください。

※2 法人の場合は法人名及び代表者の職名・氏名を記載し、個人の場合は氏名のみ記載してください。

※3 指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。

大大保第 号
年 月 日大阪市こども難病医療費助成事業
指 定 医 療 機 関 指 定 書

大 阪 市 長

年 月 日付けで申請のあった大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、次のとおり指定します。

記

名 称	
所 在 地	
開 設 者 又 は 代 表 者 氏 名	
指 定 年 月 日	
医療機関コード	

年 月 日

大阪市こども難病医療費助成事業 指定医療機関指定申請却下通知書

大 阪 市 長

年 月 日付で申請のあった大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、次のとおり却下することを通知します。

記

名 称	
所 在 地	
開 設 者 又 は 代 表 者 氏 名	
却 下 の 理 由	
医療機関コード	

大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関 変更届

申請者区分 (該当するものに☑)	☐ 病 院 ・ 診 療 所 ☐ 薬 局 ☐ 指 定 訪 問 看 護 事 業 者
指定医療機関 (名称)	
コード ※1※2	
変更年月日	年 月 日

以下の全ての項目に記入し、変更のある項目には☑を記入してください。

指定医療機関	名称	☐	フリガナ
	所在地	☐	〒
	電話番号	☐	
開設者・指定訪問看護事業者	種 別	☐	☐ 個人 ☐ 法人
	氏 名 (名称) ※3	☐	
	住 所 (所在地) ※4	☐	〒
	電 話 番 号	☐	
	代 表 者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	氏 名 ☐ 住 所 ☐	〒

大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、上記の事項に変更があったため届け出ます。
年 月 日

申請者

[「開設者・訪問看護事業者」欄における「氏名(名称)」及び「住所(所在地)」と一致]

住 所(所在地):

氏 名(名称):

大阪市長 あて

※1 コード…医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコードのいずれかを記載してください。
※2 コードに変更がある場合は、本届出書によらず、大阪市こども難病医療費助成指定医療機関指定申請書(様式第 11 号)を提出してください。
※3 法人の場合は法人名及び代表者の職名・氏名を記載し、個人の場合は氏名のみ記載してください。
※4 指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。

大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関 辞退届

申請者区分 (該当するものに☑)	☐ 病 院 ・ 診 療 所 ☐ 薬 局 ☐ 指 定 訪 問 看 護 事 業 者
指定医療機関 (名称)	
コード ※1	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	

以下の全ての項目に記入し、直近の指定申請(変更届出を含む)から変更のある項目には☑を記入してください。

指定医療機関	名称	☐	フリガナ
	所在地	☐	〒
	電話番号	☐	
開設者・指定訪問看護事業者	種 別	☐	☐ 個人 ☐ 法人
	氏 名 (名称) ※2	☐	
	住 所 (所在地) ※3	☐	〒
	電 話 番 号	☐	
	代 表 者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	氏 名 ☐ 住 所 ☐	〒

上記のとおり、大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、指定を辞退します。

年 月 日

申請者

[「開設者・訪問看護事業者」欄における「氏名(名称)」及び「住所(所在地)」と一致]

住 所(所在地):

氏 名(名称):

大阪市長 あて

※1 コード…医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコードのいずれかを記載してください。
※2 法人の場合は法人名及び代表者の職名・氏名を記載し、個人の場合は氏名のみ記載してください。
※3 指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。