

# 更新申請書 記入例

1枚目の記入例

1枚目(2・3枚目へ続く。)				人工呼吸器	高額長期	按分あり	変更あり
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、6申立て欄に記載のとおり申し立てます。							
※ <input type="checkbox"/> の項目に楷書で記入又は <input checked="" type="checkbox"/> 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	※受診者以外が申請する場合、下記に☑をし、2申請者欄も記入してください。						
<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	<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。						

※マイナンバー連携により書類(住民票・課税証明書)の省略ができる場合があります。  
 ※ただし、世帯調書(3枚目)に不備がある場合、書類(住民票・課税証明書)の省略はできません。  
 ※また、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方は、課税証明書は省略できません。  
 ※情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。ご了承ください。

1 受診者	フリガナ	コウヤマ	オツオ	(携帯)	090-1234-5678
	氏名	甲山	乙男	(自宅)	06-1234-5678
<input type="checkbox"/> 送付先	住所				

※受診者本人が申請者の場合、2申請者欄は記入不要です。(受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。)

2 申請者	フリガナ	コウヤマ	ヘイコ	電話番号	080-1234-5678
	氏名	甲山	丙子	郵便番号	123-4567
<input checked="" type="checkbox"/> 送付先	住所	〇〇市△△町××1丁目2-3-101			
受診者との関係	妻				

### 3 受給者証コピー(左右両面)貼付欄 (のり付けしてください。)旧様式も可

\*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)	負担	軽症者特例	-	高額かつ長期	○
公費負担者番号	54276019		人工呼吸器等装着	-	同一世帯内按分		
受給者番号	1234567		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			
住所	〇〇市中町1-2-3		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。			
氏名			備考				
生年月日			保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	氏名		続柄	
健康保険者	とんがり健康保険組合		住所				
被保険者証の記号及び番号	321 123456		適用区分				
疾病	シャルコーマリートゥース病		上記のとおり認定します。	年 月 日			
有効期間	X年 1月 1日 ~ X年 12月 31日			大阪府知事			
月額自己負担上限額	20,000円	階層区分	D				

事務処理使用欄																							
年	月	日	~	年	月	日	A	B1	B2	C1	C2	D	R	コ	ケ	ー	按						
X+1	年	1	月	1	日	~	X+1	年	1	月	1	日	A	B1	B2	C1	C2	D	R	コ	ケ	ー	按
保健所(保健センター)担当者												適用区分											
※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付欄の下に受付年月日を記入												アイウエオ											
												VI V IV III II I											

記載不要

- ア** 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。
- イ** 受診者の情報(指名、電話番号)を記入してください。  
患者さん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。
- ウ** 申請者が患者さん以外の場合記入が必要です。また、申請書上部の委任欄にも☑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。  
※患者さんが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。

エ

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。  
様式は旧様式のものでもかまいません。  
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  
裏  
の  
記  
入

指定難病の医療費助成・登録者証の申請における  
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又は登録者証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）

オ

患者（受診者）署名： 甲山 乙男

※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： \_\_\_\_\_

オ

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枚目の記入例

2枚目(3枚目へ続く)																	
4 支給認定基準世帯員等																	
カ	(1)受診者と保護者※について記入してください。																
	<table border="1"> <tr> <td>受診者</td> <td>市町村民税※ 所得割額/均等割</td> <td>収入金額※(非課税の場合)</td> </tr> <tr> <td>申請者欄に記入した保護者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請者欄に記入していない保護者の氏名</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受診者	市町村民税※ 所得割額/均等割	収入金額※(非課税の場合)	申請者欄に記入した保護者			申請者欄に記入していない保護者の氏名									
	受診者	市町村民税※ 所得割額/均等割	収入金額※(非課税の場合)														
申請者欄に記入した保護者																	
申請者欄に記入していない保護者の氏名																	
受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合のみ記入してください。	※金額がわからない場合、記入いただかなくて結構です。																
(2)受診者と同じ医療保険に加入する者を記入してください。 ※課税年において16歳未満の方は☑を記入して下さい。																	
<table border="1"> <tr> <td>世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)</td> <td>市町村民税 所得割額/均等割</td> <td>世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)</td> <td>市町村民税 所得割額/均等割</td> </tr> <tr> <td>甲山 丙子</td> <td>※16歳未満 ☐</td> <td></td> <td>※16歳未満 ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>※16歳未満 ☐</td> <td></td> <td>※16歳未満 ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>※16歳未満 ☐</td> <td></td> <td>※16歳未満 ☐</td> </tr> </table>		世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割	世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割	甲山 丙子	※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐
世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割	世帯員氏名 (4(1)に記載する者を除く)	市町村民税 所得割額/均等割														
甲山 丙子	※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐														
	※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐														
	※16歳未満 ☐		※16歳未満 ☐														
書類省略希望者の場合は、税額の記載は不要																	
キ	5 あん分対象者 ※該当有の場合のみ記入してください。 あん分とは、保護者や4(2)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患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 _____																
ク	6 申立欄 ※該当の有無について☑してください。																
	<input checked="" type="checkbox"/> 【申立なし】 (①～⑤の該当はありません。) ≪申立ありの場合≫ 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【医療保険証の提出省略】 下記のいずれか、または両方に該当する場合 ・住民票記載の者で、医療保険証の提出を省略する者について、支給認定基準世帯員に準じた扱いとなることを了承します。 ・受診者と同じ医療保険に加入し得ない者について、医療保険証の提出を省略します。																
	<input type="checkbox"/> ②【所得証明書類】 4(1)又は(2)に記入した者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【4(1)及び(2)に記入した者の市町村民税が全て非課税で4(1)の者の収入金額80万円以下】 (1)の者の提出した所得証明書類、収入確認書類(障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等)に記載された金額以外の収入はありません。 ※上記の収入(障害年金等)がある場合、書類の添付よりその金額が80万円以下だと確認できた場合は階層区分が低所得1(B1)となります。なお、上記の収入(障害年金等)がある場合でも、その額が確認できる書類の添付がない場合、また受給額が80万円を超えている場合は、低所得2(B2)となります。																
<input type="checkbox"/> ⑤【その他】 非課税で収入が80万円以下の場合、☑が必要です。																	
ケ	7 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きり過去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です。																
コ	8 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前年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。																
サ	9 受診を希望する指定医療機関 ※任意記入欄です。																
	<table border="1"> <tr> <td>指定医療機関の名称</td> <td>所在地</td> <td>※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</td> </tr> <tr> <td></td> <td>電話番号</td> <td>指定医療機関コード</td> </tr> <tr> <td></td> <td>〒</td> <td></td> </tr> </table>	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		〒								
	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。																	

- カ 患者さん及び患者さんと同じ医療保険に加入する方の氏名と続柄を記入してください。また、課税年において16歳未満の方については、☑をしてください。
- キ 患者さん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。
- ク 市町村民税非課税世帯で、患者さんの障害基礎年金等を含めた年間収入額(※)が80万円以下の場合、申立て欄に☑をしてください(※)患者さんが18歳未満の場合は全ての保護者分の収入額も含まます
- ケ 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。
- コ 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。
- ケ・コ共通 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。
- サ 受給者証に記載される指定医療機関名は、個別名称ではなく「各都道府県または指定都市が指定する指定医療機関」と記載されます。

3枚目の記入例

シ

3枚目		世帯調書			
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ネットワークシステムへ個人番号の照会を行います。					
受診者	氏名	生年月日	受診者との続柄	個人番号(注1) 課税等市区町村名(注2)	
	甲山 乙男	大正 昭和 平成 令和 20年 3月 5日	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ(異なる場合は以下に記載)
保護者	マイナンバー連携希望の有無にかかわらず、受診者のマイナンバーの記入が必要です				
支給認定基準世帯員	フリガナ コウヤマ ヘイコ 甲山 丙子	大正 昭和 平成 令和 19年12月10日	妻	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 月 日			<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 月 日			<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 月 日			<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 月 日			<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)

(注1) 個人番号を記載する場合は、以下の確認書類①②を準備し、申請書類を提出する際、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。

(注2) 1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月に申請する場合は申請年の1月1日時点に住所があった市区町村(市町村民税の課税地)を記載してください。

(注3) 支給認定基準世帯員欄が足りない場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーしてご記入の上ご提出ください。

ス

委任状	※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 甲山 乙男
	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。		
受診者本人 や保護者が 申請する 場合は不要	受任者(代理人)氏名	甲山 丙子	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書(申請者欄)のとおり /	
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書(申請者欄)のとおり /	
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、情報連携の 報を参照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 措置をとるためにのみ使用します。)			
DV被害者等はここに <input checked="" type="checkbox"/> してください。			<input type="checkbox"/> 希望する

以下、保健所確認欄(申請者はチェックの記載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も確認)	<input checked="" 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/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)
	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"/> 子の他( ) ) <input type="checkbox"/> 本人の書類がない場合は以下の書類のいずれが2つ
② 確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人 ※	<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"/> 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
③ 省略書類	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票 <input checked="" type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> 課税証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員	<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"/> 上記「委任状」欄に記載

記載不要

シ

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載が必要です。

ス

任意代理人が申請する場合は必ず記載してください。