

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

人工呼吸器

高額長期

按分あり

変更あり

1枚目（2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、申請をします。
また、6申し立て欄に記載のとおり申し立てます。

受給者番号

※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。

 申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

※他の自治体から転入する場合、下記に☑してください。

 本件支給認定に必要となる情報について、大阪府が他の自治体にその提供を求めることに同意します。

1 受診者	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	
	氏名	姓	名	年	月 日	
<input type="checkbox"/> 送付先	郵便番号	-		電話番号		
	住所					
加入医療保険等	フリガナ			受診者との続柄	限度額適用認定証を添付する場合は☑ <input type="checkbox"/>	
	被保険者氏名 (世帯主・組合員)					
	<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合等)	被 保 険 者 証	記号 ※左詰め			
	<input type="checkbox"/> 業種別国民健康保険組合		番号			
	<input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険		保険者名称			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合		保険者番号			
<input type="checkbox"/> 生活保護又は中国残留邦人支援受給	資格取得 年月日		年	月	日	

2 申請者	※受診者本人が申請者の場合は、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。）				
<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 疾病	①疾病名又は告示番号	②疾病名又は告示番号
申請する指定難病について	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器または体外式補助人工心臓を使用している。	
	<input type="checkbox"/> [軽症高額該当]申請日の属する月を含む過去12か月の間に、上記の疾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。	

《事務処理使用欄》

年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コ ケ ー 按
年 月 日 ~ 年 月 日	A B1 B2 C1 C2 D	R コ ケ ー 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

<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。

本紙をお読みいただき、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、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（2枚目）の「臨床調査個人票の研究利用についての同意」欄にご記入頂き、臨床調査個人票とともに申請先の大阪府へ提出してください。

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
- ・ 都道府県、指定都市
- ・ 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、指定難病及び小児慢性特定疾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。）

https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html

○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にするため、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/000084783.html>

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

（※）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いたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

4 支給認定基準世帯員等

※ 保護者欄は受診者が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。

(1) 受診者と保護者について記入してください。

		市町村民税 所得割額/均等割	収入金額 (非課税の場合)
受診者			
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 ※	氏名		

(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。

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
	※16歳未満	<input type="checkbox"/>			※16歳未満	<input type="checkbox"/>	
	※16歳未満	<input type="checkbox"/>			※16歳未満	<input type="checkbox"/>	
	※16歳未満	<input type="checkbox"/>			※16歳未満	<input type="checkbox"/>	

5 あん分対象者

受診者又は4(2)に記入した者のうち、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がある場合、下欄に☑し、下記に必要事項を記入してください。(対象者が申請中の場合は、受給者番号欄に申請先自治体、生年月日及び疾病名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	
--------------------------	------	--------------------------	------	----	--	-------	--

6 申し立て欄

<input type="checkbox"/>	【申し立てなし】 申し立てるべき事項はありません。	《申し立てありの場合》 下記のとおり、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"/>	【医療保険証の提出省略1】 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。	<input type="checkbox"/>	【医療保険証の提出省略2】 住民票記載の者で、受診者と同一医療保険に加入し得ない者の医療保険証の提出を省略します。
<input type="checkbox"/>	【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の他に収入はありません。	<input type="checkbox"/>	【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。
<input type="checkbox"/>	【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。		
<input type="checkbox"/>	【その他】高額かつ長期の申立て等		

7 受診を希望する指定医療機関

指定医療機関の名称	所在地
<input type="checkbox"/> 病院・診療所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☑してください	※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です。 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については、「個別の指定医療機関の名称」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」と記載します。
また、受給者証は指定医療機関であれば使用できます。

8 臨床調査個人票の研究利用についての同意 (詳細は1枚目裏面参照)

指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が指定難病の治療研究等、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。

厚生労働大臣 様 年 月 日 氏名

◆新規申請に必要な書類の一覧です。

※必要な書類は受診者ごとに異なります。

チェックリスト

必ず提出が必要なもの

<input type="checkbox"/>	特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）
<input type="checkbox"/>	臨床調査個人票（新規用）（指定医が作成し、記載した日から6か月以内のもの）
<input type="checkbox"/>	世帯全員 の住民票（生年月日の記載がある発行から6か月以内のもの）
<input type="checkbox"/>	医療保険（健康保険）証の写し（住民票の世帯全員及び受診者と同じ医療保険に加入する方のもの） ※生活保護等の方も医療保険に加入している場合は提出が必要です。
<input type="checkbox"/>	受診者と同じ医療保険に加入する方全員の 市町村民税課税証明書 ※4月～6月は申請日の属する年度の前年度、7月～翌年3月は申請日の属する年度の課税証明書が必要です。 ※被用者保険（社会保険・共済組合）加入で 被保険者が課税の方は被保険者の課税証明書のみ で可。 ただし、被用者保険加入で被保険者が非課税の場合は受診者分も必要です。

該当がある場合に必要なもの

<input type="checkbox"/>	指定難病に係る医療費を証明する書類 ※申請日の属する月を含む過去12か月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が3回ある場合に提出してください。
<input type="checkbox"/>	受診者の障害年金等の収入に係る証明書類の写し ※提出する市町村税課税証明書が全て非課税の方のみ提出が必要です。 ※1月～6月は申請日の属する年の前々年分、7月～12月は申請日の属する年の前年分の収入証明書類が必要です。
<input type="checkbox"/>	生活保護等の受給状況を証明する書類（発行から1か月以内のもの）
<input type="checkbox"/>	境界層該当者であることを証明する書類（発行から1か月以内のもの）
<input type="checkbox"/>	限度額適用認定証の写し
<input type="checkbox"/>	同一世帯内の特定医療費及び小児慢性特定疾病受給者証又は申請中の場合は申請書の写し
<input type="checkbox"/>	保険者への適用区分照会のための同意書 ※府外市町村国民健康保険又は業種別国民健康保険組合加入の方のみ提出が必要です。

◆マイナンバーの収集について

マイナンバー法の定めにより、生活保護事務や被災者台帳作成事務等のため、他の自治体等の求めに応じて大阪府が保有する特定医療費受給者情報を提供することが義務付けられています。

そのため、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、地方公共団体情報システム機構を通じてマイナンバーの収集を行いますので、ご了承ください。

◆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80万円超	5,000円		
	低所得Ⅰ【B1】		本人収入～80万円	2,500円		
54276027	生活保護等【A】	生活保護等受給者		0円		
食事療養費				生活保護等【A】を除き全額自己負担		

※「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。