

提出書類チェック表（提出用）

受診者名

日中に連絡の
つく電話番号 名前 続柄（ ）

書類を提出される前に、必ず必要書類がそろっているか確認の上、左端のチェック欄に☑をして提出してください。

チェック欄	番号	提出書類	対象者
<input type="checkbox"/>	1	提出書類チェック表（この用紙です）	
<input type="checkbox"/>	2	特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）	
<input type="checkbox"/>	3	保険証の写し ※ 下の表で確認の上、必要な方の分を提出してください。	
<input type="checkbox"/>	4	住民票上の世帯全員分の住民票 （発行後6か月以内のもの）	市町村 窓口
<input type="checkbox"/>	5	自己負担限度額を決定するための書類及び 医療保険上の高額療養費に係る所得区分が確認できる書類 ※ 下の表で確認の上、必要な方の「所得額課税額証明書」 その他書類を提出してください。	市町村 窓口
<input type="checkbox"/>	6	保険者からの情報提供に係る同意書	
<input type="checkbox"/>	7	個人番号提供票（個人番号及び身元の確認できる書類） ※ 必要な確認書類については裏面でご確認ください。	
<input type="checkbox"/>	8	臨床調査個人票（検査データ等の添付が必要な疾患があります）	指定医
<input type="checkbox"/>	9	特定疾病療養受療証の写し	指定難病に起因した人工透析療法 を行っている方のみ
<input type="checkbox"/>	10	同じ医療保険加入者で他に医療受給者証（特定疾患・小児慢性 特定疾患）を持っている方の受給者証または申請書の写し	該当者 のみ
<input type="checkbox"/>	11	申請を行った日の属する月以前の12か月で指定難病で総医療費 が33,330円を越える月が3月以上ある場合、医療費申告書及び医 療費領収書等（写し可）	医療機関等 「軽症高額 該当」認定 希望者のみ

※ すでに受給者証をお持ちの方が「疾患を追加」する場合は新規申請ではなく変更申請になります

患者が加入している医療保険の種類	必要な保険証	必要な所得額・課税額証明書
被用者保険 （健康保険・共済 組合など）	①「受診者」及び「被保険者」の保険証の写し ②「同じ医療保険に加入している人で、他に指定 難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受け ている方」がいる場合は、その方の保険証の写し	令和5年6月30日受付まで・・・令和4年度（令和3年分） 令和5年7月1日～12月31日・・・令和5年度（令和4年分） 「被保険者」及び「受診者」分
国民健康保険組合 （医師・歯科医師・ 土木・建設など）	「同じ医療保険に加入している全員分」の 保険証の写し	「同じ医療保険に加入している全員」分
国民健康保険	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入し ている全員分」の保険証の写し	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員」 分
後期高齢 医療広域連合	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入し ている全員分」の保険証の写し	「住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員」 分
生活保護受給者	保険に加入していれば、上記に基づいた人 数分の保険証	生活保護受給証明書 ※ 保険に加入していれば上記に基づいた人数分の所得 額課税額証明書

※ 市町村民税が非課税の方は
受診者またはその保護者（受診者が18歳未満の場合）が障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等を受給している場合は、「所得額・課税額証明書」に加え、前年の支給額がわかる書類（決定額通知書や払込通知書等の写し）が必要です。

受診者が18歳未満（保護者が申請者）の場合
提出された市町村民税が非課税の方については、保護者全員分の年収を確認して自己負担上限額を決定します。

※ 必要な分のマイナンバーを個人番号提供票（別紙様式1）に記載することで、所得課税額証明書を省略することができます。ただし、マイナンバーの記入が誤っていたり、市町村民税の申告をしていない場合は証明書の添付が必要です。また、証明書を省略した場合、受給者証の発行に時間を要する場合があります。

○個人番号の確認について

患者が加入している医療保険の種類	個人番号確認の範囲 身元確認の範囲	具体的な提出方法
被用者保険 (健康保険・共済組合など)	<p>「受診者」分</p> <p>※ 身元確認書類については申請書の提出方法によって異なります。 (右欄及び下欄参照)</p> <p>※ 個人番号の利用により所得課税証明書の省略を希望する場合は、医療保険の種類により、表面の下表の「必要な所得額・課税額証明書」の欄に記載している対象者の方の個人番号の記入が必要です。 また、受診者以外の番号確認書類の提出は不要です。</p>	2 新規申請に患者本人(患者が18歳未満の場合は保護者)が直接来所する場合 ① 別紙様式1「個人番号提供票」 ② 患者本人(18歳未満であっても患者本人)の「番号確認書類」「身元確認書類」が必要
国民健康保険組合 (医師・歯科医師・土木・建設など)		2 新規申請に患者以外が代理で直接来所する場合 ① 別紙様式1「個人番号提供票」 ② 患者本人の「番号確認書類」 ③ 代理人の「身元確認書類」 ④ 法定代理人の場合は戸籍謄本その他の資格を証明する書類 ⑤ その他の代理人の場合は委任状
国民健康保険		
後期高齢医療広域連合		
生活保護受給者		3 新規申請書類を郵送する場合 ① 別紙様式1「個人番号提供票」 (裏側に番号確認書類・身元確認書類を貼付する)

1 直接来所の場合、下記の書類を提示してください。書類はその場で確認しお返しします。

- ・患者本人の【番号確認書類】
下記のうち1つの提示が必要です。

個人番号カード、マイナンバーが記載された住民票、マイナンバーが記載された住民票記載事項証明書、通知カード(※)

※ 通知カードは①記載事項に変更がない②令和2年5月25日以前に記載事項に変更があったが変更手続きがとられており、以降変更がない場合は利用可能です。

- ・患者本人あるいは代理人の【身元確認書類】 代理人が来所する場合は代理人の方の書類が必要です
写真付きの証明であれば下記のうち1つの提示が必要です。

個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券(パスポート)、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書

写真付きでない証明の場合は下記のうち2つの提示が必要です。

公的医療保険の被保険者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票、源泉徴収票等官公署から発行された書類であって「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」が記載された書類

2 患者本人(患者が18歳未満の場合は保護者)でない方が申請に来所される場合は、1の書類に加えて次の書類を提出してください。

来所された方が患者の 法定代理人の場合は戸籍謄本など資格を証明する書類
法定代理人でない場合は委任状

3 郵送で申請される場合、「個人番号提供票」の裏側に下記の書類を貼って提出してください。
書類は返却できません。

- ・患者本人の【番号確認書類】
下記のうち1つの提出が必要です。

個人番号カードの写し(おもて・うら両方コピーする)、通知カードの写し(※)、マイナンバーが記載された住民票、マイナンバーが記載された住民票記載事項証明書

※ 通知カードは①記載事項に変更がない②令和2年5月25日以前に記載事項に変更があったが変更手続きがとられており、以降変更がない場合は利用可能です。

- ・患者本人の【身元確認書類】
写真付きの証明であれば下記のうち1つを提出してください。

個人番号カードの写し(おもて・うら両方コピーする)、運転免許証の写し、運転経歴証明書の写し、旅券(パスポート)の写し、身体障害者手帳の写し、精神障害者保健福祉手帳の写し、療育手帳の写し、在留カード又は特別永住者証明書の写し

写真付きでない証明の場合は下記のうち2つを提出してください。

公的医療保険の被保険者証の写し、国民年金手帳の写し、児童扶養手当証書の写し、特別児童扶養手当証書の写し、住民票、源泉徴収票等官公署から発行された書類であって「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」が記載された書類の写し

受給者番号
(記入しないでください)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

受診者	フリガナ			年齢	生 年 月 日	
	氏 名			歳	年 月 日	
	住 所	〒			電話 番号	
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄		
保 護 者	フリガナ	被 保 険 種 別	政(協)・国組・共・国保・国退・後・生保	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		
	氏 名	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		保 険 者 番 号 (保 険 者 コード)		
	住 所	〒		電話 番号	注意 受診者が18歳未満の場合、受給者証に保護者（申請者）名も記載されます。	
病 名 (今回申請する疾患)	1つ目の疾病：			疾患コード (保健所記入)		
	2つ目の疾病：					
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 軽 症 高 額 該 当 (※2) (要 医 療 費 申 告 書, 領 収 書 等)			<input type="checkbox"/> 人 工 呼 吸 器 等 装 着		
	<input type="checkbox"/> 高 額 か つ 長 期 該 当 (※3) (要 小 児 慢 性 特 定 疾 患 医 療 費 助 成 受 給 者 証, 自 己 負 担 上 限 額 管 理 票 等)					
特定医療費の支給開始する ことが適当と考えられる年 月日(※4)	1つ目の疾病：(令和 年 月 日)			2つ目の疾病：(令和 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 上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理由 <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			<input type="checkbox"/> 上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理由 <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		
受診者宅以外への書類送付希望がある 場合は記載してください(※5)	〒			電話 () -		
有 ・ 無	宛 名			続 柄		
「所得額・課税額証明書」で市町村民税非課税世帯の方は受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）の収入の確認が必要です。				障害年金や遺族年金等の収入 有 ・ 無		
障害年金（手当）、障害一時金、遺族年金、特別障害給付金、障害補償給付、障害補償、特別児童扶養手当、特別障害者手当、福祉手当等の収入のある方は証明書や払込通知書の写しを添付してください。				<input type="checkbox"/> 年金決定通知書や年金払込通知書等の添付あり 種 別 () 前年度分の支給額（年額） <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ（非課税世帯、本人収入80万以上）の区分を適用して差し支えないので添付しません。 <input type="checkbox"/> 上位区分（30,000円/月）の自己負担限度額を適用して差し支えありません。		
上位所得区分認定についての同意 自己負担限度額を認定するために必要な書類を提出しない方については、最高額の自己負担となります。				<input type="checkbox"/>		
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。						
年 月 日				受診者(又は保護者)氏名 (※6)		
鹿児島県知事 殿						

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、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、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、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を同意します。

受診者氏名
申請者氏名 (※7)

年 月 日 厚生労働大臣 殿

※1 受診者本人と異なる場合に記入してください。 ※2 軽症高額該当を希望される方はチェックしてください。 軽症高額該当：重症度基準を満たさない患者についても、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3月以上ある場合、医療費助成の対象となります。 指定難病にかかる医療費を確認するため、医療費申告書・領収書等が必要です。 ※3 小児慢性特定疾病から指定難病への移行をされる方が対象です。 高額かつ長期該当：月ごとの医療費総額について、5万円を超える月が年間6回以上ある場合、指定難病の医療費助成を受ける以前の小児慢性特定疾病医療費も、算定の対象となります。 ※4 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度を満たしていると診断した日又は軽症高額額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は療別申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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記載してください。 ※5 書類の送付先に別住所を希望される方は、確実に郵便物が届くよう方書や宛名まで記載してください。 ※6 氏名については、受診者が18歳未満の方は保護者の氏名の記載が必要です。 ※7 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって保護者（申請者）が同意する場合に記入してください。	保 健 所 記 入 欄	
	診 断 年 月 日	<階層区分>
	疾患①：(令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 生活保護
	疾患②：(令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ
	<input type="checkbox"/> 人 工 呼 吸 器 装 着	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ
<input type="checkbox"/> 高 額 か つ 長 期	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ	
<input type="checkbox"/> 軽 症 高 額 該 当	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ	
<input type="checkbox"/> 該 当 日 : (令 和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 上位所得	
<input type="checkbox"/> 按 分 計 算 対 象 有		
添付		
按分後の負担上限額(セカ-記入)		金 額

<裏面につづきます>

(裏面)

届出(提出)者が 受診者又は保護者 と異なる場合	氏名	受診者との関係
	住所	電話番号

必要書類 支給認定申請書, 必要人数分の保険証(写), 臨床調査個人票, 世帯全員分の住民票, 同意書, 必要な方の分の所得額課税額証明書, 軽快者特例を証明する領収書等 詳しくは提出書類一覧をご覧ください。

今回申請する受診者と同じ医療保険で世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者又は申請中の者 有 難病 (名) 小慢 (名) ・ 無	有の場合は, 下記, 「支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について」の「指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の有無」欄を必ず記入してください。 ※自己負担限度額を再計算するために必要ですので, 受給者証もしくは申請書の写しを添付してください。
---	--

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について

世帯の範囲の確認のために必要ですので, 受診者と同じ医療保険に加入している方は同居・別居を問わず**全員記入してください。**

	氏名	受診者との続柄	指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	指定難病と小児の別	「有」の場合, 所有する受給者番号全て
1		本人	有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
2			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
3			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
4			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
5			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
6			有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	

※ 受診者が国民健康保険や後期高齢者医療広域連合に加入されている場合は住民票上の世帯で同じ保険に加入している全員分の保険証の写し, 国民健康保険組合に加入されている場合は加入者全員分の保険証の写し
 上記以外の場合は被保険者並びに受診者の保険証の写しを添付してください。

※ 同一医療保険加入者で, 他に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方がいる場合, その方の保険証の写しも添付してください。

利用を希望する医療機関

利用希望の医療機関等に名称・所在地を記入してください。指定難病の医療にかかるものに限りです。

受診を希望する	医療機関名	所在地	医療機関コード (保健所記入)
病院・診療所			
調剤薬局 (院外薬局) <input type="checkbox"/> 院内薬局利用・ 入院中等のため 記載しません。			
訪問看護事業所 <input type="checkbox"/> 利用ありません			
介護医療院 <input type="checkbox"/> 利用ありません			

<臨床調査個人票の研究利用に関する御説明>

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（小児慢性特定疾病）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、申請書に署名をお願いします。

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。

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>

○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

特定医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、鹿児島県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

鹿児島県知事 殿

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名 _____

番号利用申出 (保健所確認)	有	
	無	

個人番号（マイナンバー）提供票

（提出日）令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

（提供人住所）
（提供人氏名）

特定医療費（指定難病）支給認定事務で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

記

1 個人番号の記入欄

（(1)～(3)に記載した氏名，個人番号の提供記録等について不開示とするよう申し出る場合は，不開示申出欄に「○」を記載するとともに，不開示とする理由欄にその理由を記入してください。）

- (1) 特定医療費（指定難病）医療費助成対象疾病の患者 （不開示申出）

氏名		
個人番号		

保健所担当 確認印 <small>(番号確認用)</small>	保健所担当 確認印 <small>(身元確認用)</small>
--	--

- (2) 保護者 （不開示申出）
 （(1)の患者が18歳未満の方は同一医療保険に加入している保護者名を記入してください。）

氏名		
個人番号		

- (3) (1)の患者と同じ医療保険に加入している下記の者
 ・市町村国保・後期高齢者医療の場合…世帯員全員
 ・上記以外の医療保険の場合…被保険者のみ
 ※ 国保組合の場合は，個人番号を利用して所得額・課税額証明書を省略できません。
 （(1)と同一の場合は，記載不要） （不開示申出）

1	氏名		
	個人番号		
2	氏名		
	個人番号		
3	氏名		
	個人番号		
4	氏名		
	個人番号		
5	氏名		
	個人番号		

【不開示とする理由】

--

2 提出書類貼付（※郵送による方法を選んだ方のみ）

※患者分のみ貼付してください

委任状

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（平成25年法律第27号）に規定される、特定医療費（指定難病）支給認定事務に利用されることを目的とした個人番号の提供について、下記の者に委任します。

年 月 日

○委任者(患者)氏名 _____

○受任者氏名 _____ 患者との続柄 _____

受任者生年月日 _____ 年 月 日

受任者住所 _____

受任者連絡先（電話番号） _____