

# 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7													
受給者	フリガナ	ナガサキ タロウ																		
	氏名	長崎 太郎																		
	生年月日	大正		昭和	平成		令和		64		年		1		月		1		日	
	マイナンバー	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	住所	〒 850-8570 長崎市尾上町3番1号																		

該当する項目にチェックし、必要事項を記入してください。

### 申請事項

<input checked="" type="checkbox"/>	疾病の追加	病名	パーキンソン病												
		診断年月日（※1）	令和5年10月10日												
		<p>【診断年月日が申請日から1か月以上前で、やむを得ない理由で有効開始日を1か月以上遡る場合は、以下にチェックをしてください。】</p> <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 checked="" type="checkbox"/>	生活保護	<input checked="" type="checkbox"/>	生活保護の開始	<input type="checkbox"/>	生活保護の廃止（停止）
-------------------------------------	------	-------------------------------------	---------	--------------------------	-------------

<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着													
-------------------------------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input checked="" type="checkbox"/>	高額かつ長期	認定を受けた指定難病の医療費総額が5万円を超える月（6か月分）												
		4年12月	5年2月	5年4月	5年6月	5年8月	5年10月							

<input checked="" type="checkbox"/>	階層区分の変更 ※該当する方にチェック	<input checked="" type="checkbox"/>	保険証の変更あり	<input type="checkbox"/>	保険証の変更なし
-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------------	----------

<input checked="" type="checkbox"/>	同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の医療費助成受給資格の取得・喪失	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病				受給資格				<input type="checkbox"/> 取得							
		※該当する方にチェック	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病				※該当する方にチェック				<input type="checkbox"/> 喪失							
		受給者番号	7	6	5	4	3	2	1									
		フリガナ	ナガサキ ハナコ															
		氏名	長崎 花子															
生年月日	大正		昭和	平成	令和		2		年		2		月		2		日	

提出書類	<p>※提出する書類を丸で囲んでください。（書類の詳細は裏面をご覧ください）</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">臨床調査個人票</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">生活保護決定通知書</span> <span>住民票</span> <span>保険証の写し</span> </div> <p style="text-align: center;">市（町）県民税所得課税証明書 ・ 同意書 ・ 非課税収入の証明書</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">医療費の証明書</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">医療受給者証の写し</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">番号確認書類</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">身元確認書類</span> <span>委任状</span> </div>														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>私は、特定医療費（指定難病）医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり申請します。</p> <p>申請者氏名（※2） <u>長崎 太郎</u></p> <p>連絡先の電話番号 <u>095-824-1111</u></p> <p>令和 <u>5</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日</p>	<p style="text-align: center;">受給者との続柄 <u>本人</u></p> <p>※受給者本人の場合は「本人」と記入してください。</p> <p style="text-align: center;">長崎県知事 様</p>	受付印
---	---	-----

※1 診断年月日は、臨床調査個人票に記載された診断年月日を記載してください  
 ※2 申請者氏名は必ず記入（印刷やゴム印、スタンプによるもののほか、自筆も含みます）してください。押印や本人による署名の必要はありません。

# 申請に必要な提出書類

変更事項		提出書類
疾病の追加		臨床調査個人票
生活保護	開始	生活保護受給者であることの証明書（生活保護開始決定通知書等）
	廃止（停止）	①生活保護廃止の証明書（生活保護廃止（停止）決定通知書等） ②世帯全員の住民票（発行から6か月以内のもの） ③保険証の写し（同じ医療保険の加入者を含む） ④市（町）県民税所得課税証明書（同じ医療保険加入者を含む） ⑤同意書（佐世保市国民健康保険・国民健康保険組合の加入者のみ）
人工呼吸器等装着		臨床調査個人票
高額かつ長期		認定を受けた指定難病の月ごとの医療費総額が5万円を超えることがわかる書類（※申請する月以前の12ヶ月のうちの6月分の医療費の証明書で次のいずれか） ・自己負担上限額管理票の写し ・医療費申告書に医療費が確認できる書類（領収書や診療明細書等の写し）を添付
階層区分の変更	・国民健康保険 ・国民健康保険組合 ・後期高齢者医療	①世帯全員の住民票（発行から6か月以内のもの） ②保険証の写し【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ③市（町）県民税所得課税証明書【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員※中学生以下は不要】 ④同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員が非課税で受給者本人に非課税収入がある場合、その収入が確認できる書類（遺族年金・障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当など） ⑤同意書（佐世保市国民健康保険・国民健康保険組合の加入者のみ）
	・被用者保険	①保険証の写し【被保険者・受給者本人】 ②市（町）県民税所得課税証明書【被保険者※被保険者が非課税の場合は受給者本人も必要】 ③被保険者および受給者本人が非課税で受給者本人に非課税収入がある場合、その収入が確認できる書類（遺族年金・障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当など）
同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の医療費助成受給資格の取得・喪失		同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の受給者証

マイナンバーを利用することで住民票と市（町）県民税所得課税証明書の提出を省略することができます。

ただし、マイナンバーを利用して手続を行う場合は、番号確認（正しい番号であることの確認）と身元確認（番号の正しい持ち主であることの確認）が必要ですので、以下の書類をご準備ください。

なお、被用者保険の加入者で被保険者が非課税である場合と国民健康保険組合の加入者である場合は、保険者へ医療保険上の所得区分の報告を求める際に『市（町）県民税所得課税証明書』が必要なため、必ず、紙の書類を提出してください。

また、DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待等の被害者の場合は、マイナンバーの利用には特別の措置が必要となるため、紙の書類を提出願います。どうしてもマイナンバーの利用を希望される場合は、必ず、申請窓口へお申出ください。

## ○申請者が受給者本人の場合（※受給者が18歳未満の場合は保護者）

申請者本人のマイナンバーカードがある場合	申請者本人のマイナンバーカードがない場合
<p>&lt;番号確認・身元確認書類&gt; マイナンバーカード両面の写し（コピー）</p> <p>※マイナンバーカードの表面と裏面で、番号と身元のどちらも確認することができます</p>	<p>&lt;番号確認書類&gt; ①通知カードの写し（コピー） ※令和2年5月25日時点で交付されている通知カードで、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限りです。</p> <p>②マイナンバーが記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 &lt;身元確認書類&gt; 運転免許証など ※詳しくは「身元確認ができる書類」欄をご覧ください</p>

## ○申請者が代理人で受給者本人（※受給者が18歳未満の場合は保護者）ではない場合

代理権の確認	①法定代理人の場合は、戸籍謄本その他その資格を証明する書類 ②任意代理人の場合は、委任状
代理人の身元確認	①代理人のマイナンバーカードなど ※詳しくは「身元確認ができる書類」欄をご覧ください ②代理人が法人の場合は、登記事項証明書その他官公署から発行・発給された書類及び現に受給者本人と当該法人との関係を証する書類その他これらに類する書類で、商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地が記載されているもの
受給者本人の番号確認	次のいずれか ①マイナンバーカード両面の写し（コピー） ②通知カードの写し（コピー） ※令和2年5月25日時点で交付されている通知カードで、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続が取られている場合に限りです。 ③マイナンバーが記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

## ○身元確認ができる書類

- ①マイナンバーカード  
②運転免許証／運転経歴証明書／旅券／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／特別永住者証明書  
③官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で写真の表示があり、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの  
※①から③までの書類がない場合は、以下の書類の中から2つ以上  
ア 公的医療保険の被保険者証／年金手帳／児童扶養手当証書／特別児童扶養手当証書  
イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの  
（※「特定医療費（指定難病）医療受給者証」が利用できます）

マイナンバーカード（表面）



マイナンバーカード（裏面）



通知カード



### 《注意事項》

デジタル手続法の施行に伴い、通知カードは廃止されました。デジタル手続法の施行日（令和2年5月25日）時点で交付されている通知カードは、氏名住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限り、利用可能です。