

記載日を記入してください。

該当する区分の口に✓を記入してください。

1頁

## 特定医療費支給認定申請書・登録者証（指定難病）申請書

京都府知事 様

令和7年 7月 3日

本申請書に記載のとおり申請します。

現在又は過去の受給者番号

申請区分 ☒ 新規 ☐ 疾病追加 ☐ 転入（転入元： ）

|    |      |                                |                  |    |                   |  |
|----|------|--------------------------------|------------------|----|-------------------|--|
| 患者 | フリガナ | キョウトフ イチロウ                     |                  | 生年 | 大正・昭和・平成・令和       |  |
|    | 氏名   | 京都府 一郎                         |                  | 月日 | 12年 3月 4日 (24歳)   |  |
|    | 住所   | 〒XXXX-XXXX<br>京都府〇〇市△△町1-2-304 |                  |    |                   |  |
|    | 電話番号 | 自宅                             | 0000 - 11 - 2345 | 携帯 | 000 - 1234 - 5678 |  |

疾病追加や失効後の申請等、既に京都府が交付した受給者証をお持ちの方は受給者番号を記載してください（不明な場合は記載不要）。

送付先について該当する口に✓を記入してください。

|     |                                                                                                                    |                 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 送付先 | <input checked="" type="checkbox"/> 患者に送付 <input type="checkbox"/> 法定代理人に送付 <input type="checkbox"/> その他（詳細を以下に記載） |                 |
|     | フリガナ                                                                                                               | 患者との関係          |
|     | 氏名                                                                                                                 |                 |
|     | 住所                                                                                                                 |                 |
|     | 電話番号                                                                                                               | 自宅： - - 携帯： - - |

受給者証や通知等の送付先を選択し、該当する項目の口に✓を記入してください。  
「その他」を選択した場合は、送付先を記載してください。

法定代理人（患者が未成年又は成年被後見人の場合、以下を記載してください。）

|       |      |                 |
|-------|------|-----------------|
| 法定代理人 | フリガナ | 患者との関係          |
|       | 氏名   |                 |
|       | 住所   |                 |
|       | 電話番号 | 自宅： - - 携帯： - - |

患者が未成年や成年被後見人の場合は、氏名、患者との関係、住所、電話番号を記載してください。

|                                                                                                                      |      |                                                                   |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 申請疾病①                                                                                                                | 告示番号 | 97                                                                | 指定難病名 | 潰瘍性大腸炎 |
| 申請疾病②                                                                                                                | 告示番号 |                                                                   | 指定難病名 |        |
| 診断年月日（臨床調査個人票から転記）                                                                                                   |      | 2024年 10月 1日                                                      |       |        |
| 申請までに時間を要した理由を右から選択（上記の「診断年月日」が申請の1か月以上前になる場合又は空欄の場合）<br>※やむを得ない理由がない場合（該当しない場合含む。）は、申請した日から1か月前の同日が支給開始日の遡り上限となります。 |      | <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため                      |       |        |
|                                                                                                                      |      | <input checked="" 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（ ）                                   |       |        |

申請する指定難病名を記載してください。告示番号は臨床調査個人票の1枚目の病名左側の番号になります（告示番号が不明な場合は、指定難病名のみ記載）。

臨床調査個人票に記載されている「診断年月日」を転記してください（診断年月日が不明な場合は、記載不要）。

「診断年月日」が申請の1か月以上前の場合や、空欄の場合は理由を選択し、該当する理由の口に✓を記入してください（「その他」の場合はカッコ内に詳細を記載）。

|                       |                   |                        |                         |
|-----------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|
| 京都府使用欄                |                   | 受付印                    |                         |
| 有効期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |                   | 生・低Ⅰ・低Ⅱ                |                         |
| 年 月 日 ~ 年 月 日         |                   | 軽症高額・高額長期・人工呼吸器等・按分    |                         |
| この破線内の欄は記載不要です。       |                   |                        |                         |
| 軽症高額の該当               | 無 有 ① 月 ② 月 ③ 月 日 | マイナンバー照会               | 無 有 (ka)                |
| 臨床調査個人票               | 医療保険確認書類          | マイナンバー関係書類等            | 患者の特定医療費（指定難病）受給者証（写し）  |
| 住民票の写し                | 保険者照会に係る同意書       | 市町村民税課税証明書             | 世帯員の特定医療費（指定難病）受給者証（写し） |
| 障害年金等受給の有無の確認         |                   | 世帯員の小児慢性特定疾病医療受給者証（写し） |                         |

申請時に該当する項目があれば、該当する口に  
✓を記入してください。

## &lt;その他該当事項&gt;

|                                     |                                |                                                                        |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 軽症高額                           | 申請日の属する月以前の12か月間（発症日以降）に、上記の指定難病に係る月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上         |
| <input type="checkbox"/>            | 高額かつ長期                         | 申請日の属する月以前の12か月間（特定医療費の助成開始日以降）に、上記の指定難病に係る月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上 |
| <input type="checkbox"/>            | 人工呼吸器等使用<br>（右記いずれか）           | ・常に人工呼吸器を装着している<br>・体外式補助人工心臓                                          |
| <input type="checkbox"/>            | 家族が特定医療<br>費の受給者               | 家族に特定医療費の受給者がいる                                                        |
| <input type="checkbox"/>            | 患者又は家族が<br>小児慢性特定疾病<br>医療費の受給者 | 患者本人又は家族が小児慢性特定疾病医療費の受給者に上限度額を按分                                       |

1月1日（1～6月申請は前年、7～12月申請は当年）時点で海外に在住していた場合など課税情報の確認ができない場合は、「上位所得（自己負担上限月額30,000円）」の受給者証が交付されます。  
また、「住民票の写し」と「医療保険確認に必要な情報」について、患者以外の分を提出しない場合も、「上位所得」での交付となります。  
以上のケースに該当（同意）する場合は、口に✓を記入してください。

## &lt;所得に関する申立事項&gt; ※非課税世帯の方

|                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 上位所得 | 以下のいずれかに該当することに同意します。<br>・「住民票の写し」と「医療保険確認に必要な情報」について、患者以外の分を提出しない等<br>・海外に在住していた等                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 低所得Ⅰ | 非課税世帯かつ患者本人の③の合計額が80万9千円以下に該当します。<br>①合計所得金額<br>②公的年金等収入額<br>③厚生労働省令に定める以下の収入（該当する場合は確認できる書類を添付）<br>・障害基礎年金 ・遺族基礎年金 ・寡婦年金 ・障害年金 ・障害厚生年金<br>・障害手当金 ・遺族厚生年金 ・遺族共済年金 ・障害一時金<br>・障害共済年金 ・特別障害給付金 ・障害補償給付 ・障害給付 ・障害補償<br>・特別児童扶養手当 ・障害児福祉手当 ・特別障害者手当 ・福祉手当 |

非課税世帯であって、患者の年間収入（※1）が80万9千円以下の場合、「低所得Ⅰ（自己負担上限月額2,500円）」の受給者証が交付されます。  
該当する場合は、口に✓を記入してください（※2）。  
※1 ①合計所得金額、②公的年金等収入額、③障害年金等の給付額の合計になります。③障害年金等の給付の詳細については、別紙「必要書類（新規）」をご確認ください（③の給付がある場合は、年金額の通知書など金額を確認できる資料を添付してください。）  
※2 「低所得Ⅰ」が□となっている場合でも、年間収入が80万9千円を超えている場合や、金額の確認ができない場合は、「低所得Ⅱ（自己負担上限月額5,000円）」の受給者証が交付されます。

## &lt;臨床調査個人票の研究利用についての同意&gt;

私は、別添「研究利用に関するご説明」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。

厚生労働大臣 様

2024 年 12 月 2 日

患者署名： 京都府 一郎

※ 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

代理人署名：

別紙「研究利用に関するご説明」を確認の上、同意いただける場合は、日付を記載の上署名してください。  
なお、申請者が法定代理人の場合は、代理人の署名

## &lt;委任状&gt;患者又は法定代理人以外の方が申請する場合に記入してください。

京都府知事 様

私は、（受任者名： ）を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続きを委任します。

年 月 日 委任者名：

代理人住所

申請者との続柄

患者が生活保護や中国残留邦人等支援給付を受給している場合は、□に✓を記入してください。

受給者が16歳未満の場合は□に✓を記入してください。

患者名を記載してください。

3頁 《申請書 続き》

患者名 京都府 一郎

1月1日時点での住民票上の居住地を記載してください。  
1～6月に申請する場合は前年の1月1日、7～12月に申請する場合は当年の1月1日になります（以下同様）。

（ ）：別紙記入例を参照の上、以下について必要な分を記載してください。  
（ ）参照する世帯員です。患者が加入する公的医療保険（新規）7頁の「支給認定基準世帯員の確認できる添付書類（個人番号が表示される「記載省略（添付書類あり）」の□に✓を

個人番号を提出する場合は、記載してください。住民票の写し等に個人番号が表示されている場合や既に提出済みの場合は、番号を記載せずに省略の□に✓を記入してください。

|                                                                                                                                                         |         |                                     |                             |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                         | 患者との続柄  | 16歳未満                               | 個人番号（※2）                    | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
| 本人                                                                                                                                                      | 該当      | <input checked="" type="checkbox"/> | X X X X X X X X X X X X X   |                                       |
| 公的医療保険情報（※2） <input type="checkbox"/> 生活保護・中国残留邦人等支援給付                                                                                                  |         |                                     |                             |                                       |
| 保険者番号                                                                                                                                                   | 2600XX  | 保険者名称                               | △△保険組合                      |                                       |
| 記号                                                                                                                                                      | 123     | 番号                                  | 4567                        | 枝番 00                                 |
| 加入保険の種別が社会保険の場合、患者の該当する区分（被保険者又は被扶養者）を選択 → <input type="checkbox"/> 患者が被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 患者が被扶養者（家族が被保険者）<br>★世帯員①に家族の情報をお書きください |         |                                     |                             |                                       |
| 1月1日時点（※）で居住していた市区町村<br>※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年                                                                                                       |         | 小児慢性特定疾病医療費の受給者                     |                             |                                       |
| 京都                                                                                                                                                      | 都・道・府・県 | 市・区・町・村                             | <input type="checkbox"/> 該当 | 受給者番号<br>※該当の場合                       |

加入する公的医療保険について、保険者名、記号、番号、枝番を記載してください。  
※社会保険の場合は被保険者・被扶養者の別も選択

患者本人が申請日時点で小児慢性特定疾病医療費の受給者である場合は、該当の□に✓を記入の上、受給者番号を記載してください。

1月1日時点での住民票上の居住地が患者と同じであれば、□に✓を記入してください。  
異なる場合は市町村名まで記載してください。

患者以外の支給認定基準世帯員が、特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の受給者（申請日時点）である場合は、該当の□に✓を記入の上、受給者番号を記載してください。

患者以外の支給認定基準世帯員が2名以上おり、患者と世帯員①の1月1日時点の居住地が異なる場合について、世帯員間で居住地の重複があれば記載を省略できます。  
「世帯員（ ）と同じ」の□に✓を記入し、重複する世帯員の番号①～⑥をカッコ内に記入してください。

★患者が社会保険の「被扶養者」に該当する場合、被保険者の情報を記載

|         |                                                |                             |                                                                              |                   |                                       |
|---------|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 世帯員①（★） | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                                                                        | 個人番号              | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|         | 京都府 太郎                                         | 父                           | <input type="checkbox"/> 該当                                                  | X X X X X X X X X |                                       |
|         | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input checked="" type="checkbox"/> 患者と同じ                                    |                   |                                       |
|         | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> 指定難病       | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載 0 0 0 0 0 0 0                                           |                   |                                       |
| 世帯員②    | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                                                                        | 個人番号              | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|         |                                                | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                              |                   |                                       |
|         | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯員①と同じ              |                   |                                       |
|         | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載                                                         |                   |                                       |
| 世帯員③    | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                                                                        | 個人番号              | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|         |                                                | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                              |                   |                                       |
|         | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員（①）と同じ |                   |                                       |
|         | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載                                                         |                   |                                       |
| 世帯員④    | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                                                                        | 個人番号              | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|         |                                                | <input type="checkbox"/> 該当 |                                                                              |                   |                                       |
|         | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ                                               |                   |                                       |
|         | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                                                              |                   |                                       |
|         | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載                                                         |                   |                                       |

支給認定基準世帯員（続き）

|      |                                                |                             |                                |                                    |                                       |
|------|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 世帯員⑤ | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                          | 個人番号                               | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|      |                                                |                             | <input type="checkbox"/> 該当    |                                    |                                       |
|      | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                |                                    |                                       |
|      | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ | <input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ |                                       |
|      | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                |                                    |                                       |
|      | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載           |                                    |                                       |

  

|      |                                                |                             |                                |                                    |                                       |
|------|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 世帯員⑥ | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                          | 個人番号                               | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|      |                                                |                             | <input type="checkbox"/> 該当    |                                    |                                       |
|      | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                |                                    |                                       |
|      | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ | <input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ |                                       |
|      | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                |                                    |                                       |
|      | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載           |                                    |                                       |

  

|      |                                                |                             |                                |                                    |                                       |
|------|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 世帯員⑦ | 氏名                                             | 患者との続柄                      | 16歳未満                          | 個人番号                               | <input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり） |
|      |                                                |                             | <input type="checkbox"/> 該当    |                                    |                                       |
|      | 1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年 |                             |                                |                                    |                                       |
|      | 都・道・府・県                                        | 市・区・町・村                     | <input type="checkbox"/> 患者と同じ | <input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ |                                       |
|      | 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費（小慢）の受給者               |                             |                                |                                    |                                       |
|      | <input type="checkbox"/> 指定難病                  | <input type="checkbox"/> 小慢 | → 該当の場合、右枠内に受給者番号を記載           |                                    |                                       |

## ＜登録者証の申請＞

ハローワークでの就労支援や、市町村が行う障害福祉サービス利用時に、登録者証の提示が求められ、患者であることを証明することができます。特定医療費支給認定との同時申請をされる場合、申請書について確認の上、該当する項目の□にチェックをお願いします。なお、記載がない場合について申請しないものと見なします。

「登録者証（指定難病）」を申請する場合は、「1. 希望します」の□に✓を記入の上②、③の質問にも回答してください。

## ①登録者証の交付

|                                                                 |                                                   |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. 希望します<br>以下②、③も回答してください。 | <input type="checkbox"/> 2. 希望しません<br>以下の回答は不要です。 | <input type="checkbox"/> 3. 交付済み<br>(交付自治体： )<br>以下の回答は不要です。 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

## ②特定医療費支給認定時（受給者証が交付された場合）の対応

|                                                                                         |                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特定医療費の支給認定申請が承認され受給者証が交付された場合、登録者証の交付も希望しますか。<br>※特定医療費の支給が認定された方は、受給者証を登録者証としても使用できます。 | <input type="checkbox"/> 1. 登録者証の交付も希望します<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 受給者証が交付された場合、登録者証の交付は不要です |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ③登録者証としてのマイナンバーカードの利用（マイナンバーを用いた情報連携）

|                                                                           |                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 京都府では現在、書面で登録者証を交付しております。マイナンバーカードを登録者証として利用できるようになった後も書面での登録者証交付を希望しますか。 | <input type="checkbox"/> 1. 書面での登録者証利用を希望します<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 書面の登録者証は不要です |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

2を選択した場合、特定医療費の支給認定に係る審査が不認定（※）となった場合にのみ登録者証が交付されます。  
※診断基準を満たすものの重症度分類を満たさない場合のみ

1を選択した場合、マイナンバーカードを登録者証として利用できるようになった後でも書面の登録者証が交付されます。登録者証としてのマイナンバーカードが利用できるようになった際は、別途京都府ホームページにてお知らせします。