

特定医療費受給者証新規申請書類チェックシート

必要書類の詳細は「**難病の医療費助成について**」をご覧ください。

(チェックシート内に付記しているページを参照ください。)

1 マイナンバーの確認に必要な書類

□ 患者（保護者）による申請の場合

※ 5 ページ参照

①～③のうちいずれか+患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類

①	<input type="checkbox"/> 通知カードまたはマイナンバー付きの住民票	<input type="checkbox"/> 顔写真付身分証明書(運転免許証・パスポートなど)
②	<input type="checkbox"/> 通知カードまたはマイナンバー付きの住民票	<input type="checkbox"/> 受給者証、保険証、年金手帳などから 2種類
③	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	
	<input type="checkbox"/> 患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員分のマイナンバーを確認する書類	

□ 代理人による申請の場合

※ 6 ページ参照

①～②のうちいずれか+患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類

①	<input type="checkbox"/> 代理人の顔写真付身分証明書(運転免許証・マイナンバーカード等)
	<input type="checkbox"/> 患者（保護者）の通知カード・マイナンバーカード・住民票(マイナンバー記載)のうちいずれか
②	<input type="checkbox"/> 代理人の保険証・年金手帳などから 2種類
	<input type="checkbox"/> 患者（保護者）の通知カード・マイナンバーカード・住民票(マイナンバー記載)のうちいずれか
	<input type="checkbox"/> 患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員のマイナンバーを確認する書類

2 全員が提出する書類

①	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）支給認定申請書 【申請者もしくは代理人が記載する書類です。】	※ 1 ページ参照
②	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 【医療機関に記載を依頼して下さい。(記載までに時間を要する場合があります。)]	※ 1 ページ参照
③	<input type="checkbox"/> 世帯全員分の住民票（住民票謄本） 【現在お住まいの市町村役場等で取得する書類です。】	※ 1 ページ参照
④	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し ※ 生活保護受給中の方は 生活保護受給証明書 （健康保険証をお持ちの場合は健康保険証の写しも必要です。） 【医療保険の種類により、提出対象者が異なります。】	※ 2 ページ参照
⑤	<input type="checkbox"/> 市町村民税所得課税証明書 【R2.1.1 時点でお住まいの市町村役場等で取得する書類です。医療保険の種類により提出対象者が異なります。】 ※ <u>市町村民税非課税世帯</u> で、患者本人に非課税収入がある場合 → <input type="checkbox"/> 年金振込通知書、通帳等の写し	※ 3 ページ参照
⑥	<input type="checkbox"/> 保険者からの情報提供にかかる同意書 【患者さん（保護者）もしくは代理人が記載する書類です。】	※ 2 ページ参照
⑦	<input type="checkbox"/> 印鑑	※ 2 ページ参照

3 該当する方のみ提出する書類

①	<input type="checkbox"/> 軽症者特例に該当することを証明する書類 (自己負担上限額管理票(写)もしくは医療費申告書) ※ 4、9 ページ参照
②	<input type="checkbox"/> 世帯内に特定医療費や小児慢性特定疾病医療費の受給者がいることを証明する書類(医療受給者証)の写し ※ 4 ページ参照
③	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者であることを証明する書類 【臨床調査個人票に含まれています。該当者は医療機関に記載を依頼してください。】 ※ 4 ページ参照
④	<input type="checkbox"/> 寡婦控除等のみなし適用に該当することを証明する書類 (申告書及び戸籍謄本等) 【支給認定世帯に一定の要件を満たす世帯員がいる場合は、自己負担上限額がより少ない階層区分になる可能性があります。詳細は予め最寄りの保健所にお問合せください。】 ※ 4 ページ参照
⑤	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(一部負担金の割合が「3割」の方)、 限度額認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ※ 4 ページ参照

※ チェックシート内の不明な点については、「難病の医療費助成について」をご確認ください。
申請についてさらに不明な点がある場合には、最寄りの保健所等へご連絡ください。