提 出 書 類 一 覧

番号	提　出　書　類		対象者
1	提出書類チェック表		1～8は全員提出
2	特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）	申請者または保護者が記入したもの	
3	有効期限内の保険証の写し・資格情報のお知らせの写し・資格確認書の写し・マイナポータル画面を印刷したもののいずれか一つ ※　下の表で確認の上，必要な方の分を提出してください。		
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）	市町村役場の住民課等	
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。	市町村役場の税務課等	
6	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。	裏面を参照してください	
7	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）	指定医が記載したもの	
8	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	
9	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
10	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	必要な保険証等	必要な所得額・課税額証明書 【例】 令和7年7月1日～令和8年6月30日受付・・令和7年度（令和6年分） 令和8年7月1日～令和9年6月30日受付・・令和8年度（令和7年分）
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」分 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	「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	「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	「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	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，所得額・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。

<うらもあります>

○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） 国民健康保険組合 （医師・歯科医師・土木・建設など） 国民健康保険 後期高齢 医療広域連合 生活保護受給者	「受診者」分 ※　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） ※　個人番号の利用により所得額・課税額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。	1　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 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 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

別紙様式第1-1号

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		
		保険種別	政(協)・国組・共・国保・国退・後・生保	記号・番号		
		保険者名		保険者番号（保険者コード）		
		特定医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、県から保険者へ情報提供することについて、右記のどちらかに☑してください。		□ 同意する　□ 同意しない		
保護者	受診者が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。	フリガナ		受診者との関係		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。
		氏名				
		住所（※1）	〒	電話番号（※1）		

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☑）	□ 軽症高額該当（※2）（要 医療費申告書、領収書等）	□ 人工呼吸器等装着
	□ 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）	

	1つ目の疾病：（令和　年　月　日）	2つ目の疾病：（令和　年　月　日）
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）	【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】 □ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため □ 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 □ 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 □（その他）	【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】 □ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため □ 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 □ 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 □（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） 有　・　無	〒 宛名	電話（　　）　− 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（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。	障害年金や遺族年金等の収入　有　・　無 ↓「有」の方 □ 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　　） □ 低所得Ⅱの区分を適用して差し支えないので添付しません
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。	□ 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。

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及び保険者へ情報提供することについての同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。（同意しない場合は、☑をしてください。）

私は、別添「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり、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。

年　月　日 受診者氏名　　□ 研究への利用に同意しません。

申請者氏名　　（※7）

厚生労働大臣及び鹿児島県知事　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
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の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から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を記載してください。
※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）が同意する場合は可能な限り受診者にも確認した上で署名してください。

保健所記入欄			
診断年月日 疾患①：(令和　年　月　日) 疾患②：(令和　年　月　日)			<階層区分> □生活保護 □低所得Ⅰ □低所得Ⅱ □一般所得Ⅰ □一般所得Ⅱ □上位所得
□	人工呼吸器装着		
□	高額かつ長期		
□	軽症高額該当 該当日：(令和　年　月　日)		
□	按分計算対象有		
添付			
按分後の負担上限額(ｾﾝﾀｰ記入)			金額

<裏面につづきます>

別紙様式第1-1号

（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、必要人数分の医療保険の資格情報が確認できる資料、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医療保険の資格情報が確認できる資料、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医療保険の資格情報が確認できる資料、上記以外の場合は被保険者並びに受診者の医療保険の資格情報が確認できる資料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、その方の医療保険の資格情報が確認できる資料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。<u>指定難病の医療にかかるものに限ります。</u>

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） □　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 □　利用ありません			
介護医療院 □　利用ありません			

指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について

指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報について、前頁の項目番号13で「研究等への利用に同意」していただくと、①厚生労働省のデータベースに登録され、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ます。

≪ 本同意書に関する説明 ≫

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や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成を実施しています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、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や、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いただける場合は、更新申請書の項目13にチェックの上、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

≪ データベースに登録される情報と個人情報保護 ≫

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等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になります。

≪ データベースに登録された情報の活用方法 ≫

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査

②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究

③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

≪ 同意の撤回 ≫

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、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、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

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
☐	1	提出書類チェック表 （ この用紙です ）		1～8は全員提出
☐	2	特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規)	申請者または保護者が記入したもの	
☐	3	有効期限内の保険証の写し・資格情報のお知らせの写し・資格確認書の写し・マイナポータル画面を印刷したもののいずれか一つ ※ 下の表で確認の上，必要な方の分を提出してください。		
☐	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)	市町村役場の住民課等	
☐	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。	市町村役場の税務課等	
☐	6	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。		
☐	7	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)	指定医が記入したもの	
☐	8	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	
☐	9	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
☐	10	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	必要な保険証等	必要な所得額・課税額証明書 【例】 令和7年7月1日～令和8年6月30日受付‥令和7年度(令和6年分) 令和8年7月1日～令和9年6月30日受付‥令和8年度(令和7年分)
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」分 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	「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	「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	「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	保険に加入している場合は，上記に基づいた人数分	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，所得額・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） 国民健康保険組合 （医師・歯科医師・土木・建設など） 国民健康保険 後期高齢 医療広域連合 生活保護受給者	「受診者」分 ※　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） ※　個人番号の利用により所得額・課税額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。	1　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 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 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

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。）

⑴　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（番号確認用）		保健所担当確認印（身元確認用）	

⑵　保護者

（⑴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。）　　（不開示申出）

氏　名												
個人番号												

⑶　⑴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。

（⑴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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿