

# 特定医療費(指定難病)変更届・申請に係る必要書類について

受給者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (受給者番号: \_\_\_\_\_ )

\*下記の書類を提出願います。提出の際は、この用紙も同封してお送りください。  
 \*マイナンバーを利用することで、添付資料の一部(加入医療保険情報・世帯員の課税額等情報)の提出を省略することができます。  
 マイナンバーの利用については、「マイナンバーの利用について」(裏面参照)をご確認ください。

## □ 提出書類

届出・申請事項	必要書類																
共通  該当者の方	<input type="checkbox"/> 1)特定医療費(指定難病)変更届出書兼申請書 <input type="checkbox"/> 2)受給者証のコピー(表紙部分のみ) <input type="checkbox"/> 委任状 *受診者(18歳未満の場合は保護者)と申請者が異なる場合に限りです。 > 委任状には申請者(委任された方)の本人確認が必要です。申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、免許証等のコピー)を貼付してください。																
① 氏名変更・住所変更(受診者/保護者)  支給認定世帯員の変更を伴う場合	<氏名変更> *新・旧氏名の記載があるもの <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真のある面)のコピー、戸籍全部(個人)事項証明書の原本のいずれか1つ <住所変更> *新・旧住所の記載があるもの <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真のある面)のコピー、住民票の原本のいずれか1つ 下段の③支給認定世帯員の変更に必要な書類																
② 加入医療保険の変更  支給認定世帯員の変更を伴う場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 資格確認書のコピー、マイナポータルの資格情報画面を印刷したもののいずれか1つ                             <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> マイナンバー提出のマイナ保険証の方</td> <td>省略できます。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナ保険証でない方</td> <td><input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方</td> <td><input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分</td> </tr> </table> </li> <li><input type="checkbox"/> 医療保険の所得区分に関する保険者への照会に係る同意書                      *国及び地方職員共済組合に加入の場合で被保険者が市町村民税非課税の方に限りです。</li> </ul> 下段の③支給認定世帯員の変更に必要な書類	<input type="checkbox"/> マイナンバー提出のマイナ保険証の方	省略できます。	<input type="checkbox"/> マイナ保険証でない方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分	<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分										
<input type="checkbox"/> マイナンバー提出のマイナ保険証の方	省略できます。																
<input type="checkbox"/> マイナ保険証でない方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分																
<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分																
③ 支給認定世帯員の変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 世帯全員の続柄・マイナンバー(個人番号)の表示のある住民票の原本                      *同一世帯員等以外は直接交付を受けることができませんのでご注意ください。                             <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> 被用者保険本人への変更に伴う方</td> <td>省略できます。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上記以外の方</td> <td>世帯員全員分</td> </tr> </table> </li> <li>● 資格確認書のコピー、マイナポータルの資格情報画面を印刷したもののいずれか1つ                      *上記②加入医療保険の変更の項目に準じます。</li> <li>● 市町村民税(非)課税証明書の原本(4~6月申請:前年度、7~3月申請:今年度)                             <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> 下記以外の方</td> <td>省略できます。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方</td> <td><input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方</td> <td><input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)</td> </tr> </table>                     ※ 義務教育を終了していない世帯員分は提出不要です。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● 非課税収入にかかる証明書のコピー *医療保険の世帯全員非課税の場合に限りです。(1~6月申請:前々年1月~12月期間年収、7~12月申請:前年1月~12月期間年収)                                     <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告</td> <td>省略できます。</td> </tr> </table>                                     ▼「非課税収入が80万9千円以下」、「障害年金等非課税収入あり」と回答した方                                     <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方</td> <td>省略できます。*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方</td> <td>年金額改定通知書等の証明書</td> </tr> </table>                                     ※ マイナンバーによる情報照会の結果で階層判定を行います。                                 </li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> 被用者保険本人への変更に伴う方	省略できます。	<input type="checkbox"/> 上記以外の方	世帯員全員分	<input type="checkbox"/> 下記以外の方	省略できます。	<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分	<input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方	<input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)	<input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告	省略できます。	<input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方	省略できます。*	<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	年金額改定通知書等の証明書
<input type="checkbox"/> 被用者保険本人への変更に伴う方	省略できます。																
<input type="checkbox"/> 上記以外の方	世帯員全員分																
<input type="checkbox"/> 下記以外の方	省略できます。																
<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分																
<input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方	<input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)																
<input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告	省略できます。																
<input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方	省略できます。*																
<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	年金額改定通知書等の証明書																

④	生活保護開始・廃止	<開始> <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書の原本 <input type="checkbox"/> 受給者証の原本(回収) <廃止> <input type="checkbox"/> 生活保護廃止決定通知書のコピー <input type="checkbox"/> 受給者証の原本(回収) <input type="checkbox"/> 表面の③支給認定世帯員の変更に必要な書類												
⑤	返還(県外転出)	<input type="checkbox"/> 受給者証の原本(回収) *転出先での手続き完了後に返却ねがいます。												
⑥	高額かつ長期該当	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票のコピー または 医療費申告書(領収書/療養証明書添付)												
⑦	人工呼吸器等装着該当	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書 *難病指定医が作成し、記載日が概ね3か月以内のもの												
⑧	課税額の変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 市町村民税(非)課税証明書の原本(～6月申請:前年度、7月～申請:今年度)           <table border="1" data-bbox="480 566 1485 701"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 下記以外の方</td> <td>省略できます。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方</td> <td><input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方</td> <td><input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)</td> </tr> </table>           ※ 義務教育を終了していない世帯員分は提出不要です。         </li> <li>● 非課税収入にかかる証明書のコピー *医療保険の世帯全員非課税の場合に限ります。(1～6月申請:前々年1月～12月期間年収、7～12月申請:前年1月～12月期間年収)           <table border="1" data-bbox="480 819 1485 864"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告</td> <td>省略できます。</td> </tr> </table>           ▼「非課税収入が80万9千円以下」、「障害年金等非課税収入あり」と回答した方           <table border="1" data-bbox="480 909 1485 999"> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方</td> <td>省略できます。※</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方</td> <td>年金額改定通知書等の証明書</td> </tr> </table>           ※ マイナンバーによる情報照会の結果で階層判定を行います。         </li> </ul>	<input type="checkbox"/> 下記以外の方	省略できます。	<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分	<input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方	<input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)	<input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告	省略できます。	<input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方	省略できます。※	<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	年金額改定通知書等の証明書
<input type="checkbox"/> 下記以外の方	省略できます。													
<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	<input type="checkbox"/> 本人分 <input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分													
<input type="checkbox"/> 市町村・県民税未申告の方	<input type="checkbox"/> 医療保険の世帯員全員分(未申告の方のみ)													
<input type="checkbox"/> 非課税収入が80万9千円超を申告	省略できます。													
<input type="checkbox"/> マイナンバー提出の方	省略できます。※													
<input type="checkbox"/> マイナンバー未提出の方	年金額改定通知書等の証明書													
⑨	世帯内按分開始・解除  支給認定世帯員の変更を伴う場合	<開始> <input type="checkbox"/> 按分相手の受給者証のコピー(表紙部分のみ) <解除> <input type="checkbox"/> 按分相手の受給者証のコピー(表紙部分のみ) 表面の③支給認定世帯員の変更に必要な書類												
⑩	病名追加・病名変更	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票【新規】 *難病指定医が作成し、記載日が概ね3か月以内のもの <input type="checkbox"/> 軽症高額該当に関する書類(該当する場合) <input type="checkbox"/> 受給者証の原本(病名変更:回収)												

## ➤ マイナンバーの利用について

- ・マイナンバーを利用することで、課税証明書等の添付書類を省略することができます。
- ・マイナンバー情報連携により情報が取得できなかった場合は、追加の書類をご提出いただく場合があります。
- ・愛媛県が情報照会を実施した履歴(照会先機関、事務手続きの内容等)は、マイナポータルの「やりとり履歴」から閲覧可能です。
- ・受診者以外の医療保険の世帯員(支給認定基準世帯員)の方について、情報照会を実施した場合は、その世帯員の方のマイナポータルの「やりとり履歴」からも閲覧可能となりますのでご注意ください。
- ・マイナンバーを記載しなくても、医療費助成の申請手続きを行うことは可能です。ただし、マイナンバー法に定められた、他の行政事務(生活保護事務や被災者台帳作成事務等)のため、市区町村等から情報提供を求められたときに、県が回答することが義務づけられており、申請者の方のマイナンバーを登録する必要があります。
- ・そのため、マイナンバーのご提出がない場合には、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、地方公共団体情報システム機構を通じてマイナンバーの収集を行います。
- ・添付書類の不足等があった場合は、マイナンバー情報連携により情報を取得することがありますので、あらかじめご了承ください。



## ➤ その他

医療費助成についての詳細や必要様式については、愛媛県ホームページをご確認ください。

🌐 <https://www.pref.ehime.jp/page/17756.html>

