

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成 26 年福岡県規則第 57 号）新旧対照表

改正後

様式第 1 号（第 2 条関係） (表面)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書		(新規・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)	
受診者	フリガナ	年齢	生年月日
	氏名	年	月 日
	フリガナ	電話番号	— —
	住所	受診者との続柄	
	加入医療保険	被保険者氏名	保険種別 (該当するものに○)
	被保険者名 (被保険者番号)	記号・番号	
	受給者番号 (新規の場合は記載不要)	病名	
被保険者の場合(受診者が○) 世帯員の場合(受診者が△)	フリガナ	生年月日	受診者との関係
	氏名	年 月 日	
	フリガナ	□住所・電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は○)	
	住所	電話番号	— —
自己負担上限額の特別 (該当するものに○)		人工呼吸器等装着(※2)	高額かつ長期(※3)
□高額高額該当(※4)			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)			
有：難病(氏名) 無：小児(受給者番号)			
受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに○	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は表面に記入)。	
		指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地
□表面あり			
支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者(同居、別居は問わず)。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。			
①世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
③世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
⑤世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
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(※7)	年 月 日	【左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()	
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 申請者氏名	年 月 日	福岡県知事 殿	
		窓口確認欄	

★表面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。
★臨床調査個人票情報の研究等への利用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の同意書」をご確認いただき、署名をお願いします。

(裏面)
略

現行

様式第 1 号（第 2 条関係） (表面)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書		(新規・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)	
受診者	フリガナ	年齢	生年月日
	氏名	年	月 日
	フリガナ	電話番号	— —
	住所	受診者との続柄	
	加入医療保険	被保険者氏名	保険種別 (該当するものに○)
	被保険者証 発行機関名	被保険者証の 記号・番号	
	受給者番号 (新規の場合は記載不要)	病名	
被保険者の場合(受診者が○) 世帯員の場合(受診者が△)	フリガナ	生年月日	受診者との関係
	氏名	年 月 日	
	フリガナ	□住所・電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は○)	
	住所	電話番号	— —
自己負担上限額の特別 (該当するものに○)		人工呼吸器等装着(※2)	高額かつ長期(※3)
□高額高額該当(※4)			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病もしくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者(有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)			
有：難病(氏名) 無：小児(受給者番号)			
受診を希望する指定医療機関等(※5)	該当するものに○	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。 □指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は表面に記入)。	
		指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)	所在地
□表面あり			
支給認定基準世帯員(※6)(受診者と同じ医療保険に加入する者(同居、別居は問わず)。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。			
①世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	②世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
③世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	④世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
⑤世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄	⑥世帯員 (フリガナ) 氏名	受診者との続柄
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(※7)	年 月 日	【左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()	
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。 申請者氏名	年 月 日	福岡県知事 殿	
		窓口確認欄	

★表面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。
★臨床調査個人票情報の研究等への利用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の同意書」をご確認いただき、署名をお願いします。

(裏面)
略

改正後

様式第1号別紙1

略

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。
- ※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に答えることができる場合があります。
 - ・申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の(1)あるいは(2)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。
 - ・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と定住確認書が含まれている場合は以下(2)の②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類

(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合

(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

申請者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①が②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類は1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 定住確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
(①氏名及びの生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)

(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

受診者又は保護者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)代理人の身元確認

①が②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類は1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 定住確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
(①氏名及びの生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

(3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本など子の出生を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

- ※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。
- ※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

様式第1号別紙1

略

現行

様式第1号別紙1

略

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。
- ※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に答えることができる場合があります。
 - ・申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の(1)あるいは(2)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。
 - ・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下(2)の②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類

(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合

(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

申請者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①が②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類は1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
(①氏名及びの生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)

(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

受診者又は保護者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)代理人の身元確認

①が②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類は1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
(①氏名及びの生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

(3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本など子の出生を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

- ※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。
- ※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

様式第1号別紙1

略

改正後

現行

様式第2号 (第3条関係)

様式第2号 (第3条関係)

特 定 医 療 費 (指 定 難 病) 受 給 者 証				
公費負担者番号				
特定医療費受給者番号				
受 診 者	住 所			
	氏 名 生 年 月 日			
	保 険 者			
	記号及び番号	適用区分		
病 名				
保 護 者	住所			
	氏名	続柄		
負 担	自己負担上限額	月額	円	階 層 区 分
	人工呼吸器等装着			
	高額かつ長期			
	軽症者特例			
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有効期間				
発行機関名 及び印		福 岡 県 知 事		
交付年月日				

特 定 医 療 費 (指 定 難 病) 受 給 者 証				
公費負担者番号				
特定医療費受給者番号				
受 診 者	住 所			
	氏 名 生 年 月 日			
	保 険 者			
	被保険者証の 記号及び番号	適用区分		
病 名				
保 護 者	住所			
	氏名	続柄		
負 担	自己負担上限額	月額	円	階 層 区 分
	人工呼吸器等装着			
	高額かつ長期			
	軽症者特例			
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有効期間				
発行機関名 及び印		福 岡 県 知 事		
交付年月日				

改正後

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看護 事業者等		所在地

※緊急その他やむを得ない場合については、上記以外の指定医療機関でも受診することができます。

注意事項

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能になります。
- 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 氏名、住所、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに福岡県知事(保健所：久留米市の方は久留米市保健所、その他の地域の方は県の各保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出て下さい。
- 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健所)に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健所)にその旨を届け出て下さい。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に最寄りの保健所で所定の手続きを行って下さい。
- その他指定難病の医療の受給に関する問い合わせは、福岡県 部
課 (TEL)又は最寄りの保健所に連絡して下さい。

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

現行

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看護 事業者等		所在地

※緊急その他やむを得ない場合については、上記以外の指定医療機関でも受診することができます。

注意事項

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能になります。
- 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 氏名、住所、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに福岡県知事(保健所：久留米市の方は久留米市保健所、その他の地域の方は県の各保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出て下さい。
- 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健所)に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健所)にその旨を届け出て下さい。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に最寄りの保健所で所定の手続きを行って下さい。
- その他指定難病の医療の受給に関する問い合わせは、福岡県 部
課 (TEL)又は最寄りの保健所に連絡して下さい。

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

改正後

様式第4号(第4条関係)

特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届						
受給者	フリガナ		年齢	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日		
	氏名		性別			
	フリガナ		電話番号	— —		
保護者 (未成年者の場合のみ記入)	フリガナ		生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	受給者との関係		
	氏名					
	フリガナ		□住所、電話番号は受給者と同じため省略(該当する場合は□)		電話番号 — —	
受給者番号						
変更年月日 年 月 日						
医療保険の適用区分	事項	変更前		変更後		
	□受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)(※1)					
	□保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)(※1)					
	保険種別	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		
	保険者名 (保険者番号)	()		()		
	記号・番号					
	被保険者	受給者との続柄 ()		受給者との続柄 ()		
	支給認定基準 適用世帯員 (受給者と同じ欄に入っている者。受給者本人については記入不要)(※2)	フリガナ ①世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ①世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ②世帯員氏名
		フリガナ ②世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ②世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ③世帯員氏名
		フリガナ ③世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ③世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ④世帯員氏名
	フリガナ ④世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ④世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑤世帯員氏名	
	フリガナ ⑤世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑤世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑥世帯員氏名	
□医療保険の適用区分(※3)						
備考				窓口確認欄		
私は、特定医療費(指定難病)支給認定申請書及び特定医療費(指定難病)受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 年 月 日 福岡県知事 殿						

★以下の注意事項を参照の上、ご記入ください。また保護者や加入医療保険に関する事項のうち支給認定基準世帯員に変更がある場合、別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。

①注意事項
※1 氏名及び住所の変更の場合は住民票、加入医療保険の変更の場合は医療保険の資格情報に記載できる資料の写しを添付すること。
※2 支給認定基準世帯員については基面記載の表を参照。
※3 医療保険の適用区分の変更は、限額適用認定証又は限額適用・標準負担額減額認定証を添付すること。
※4 指定医療機関、自己負担上限額(療養区分、人工呼吸器等装着・高齢かつ長期)及び指定難病の名称の変更については、様式第1号特定医療費(指定難病)支給認定申請書により申請すること。

(裏面) 略

現行

様式第4号(第4条関係)

特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届						
受給者	フリガナ		年齢	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日		
	氏名		性別			
	フリガナ		電話番号	— —		
保護者 (未成年者の場合のみ記入)	フリガナ		生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	受給者との関係		
	氏名					
	フリガナ		□住所、電話番号は受給者と同じため省略(該当する場合は□)		電話番号 — —	
受給者番号						
変更年月日 年 月 日						
医療保険の適用区分	事項	変更前		変更後		
	□受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)(※1)					
	□保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)(※1)					
	保険種別	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()		
	保険者名 (保険者番号)	()		()		
	記号・番号					
	被保険者	受給者との続柄 ()		受給者との続柄 ()		
	支給認定基準 適用世帯員 (受給者と同じ欄に入っている者。受給者本人については記入不要)(※2)	フリガナ ①世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ①世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ②世帯員氏名
		フリガナ ②世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ②世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ③世帯員氏名
		フリガナ ③世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ③世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ④世帯員氏名
	フリガナ ④世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ④世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑤世帯員氏名	
	フリガナ ⑤世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑤世帯員氏名	受給者との続柄 ()	フリガナ ⑥世帯員氏名	
□医療保険の適用区分(※3)						
備考				窓口確認欄		
私は、特定医療費(指定難病)支給認定申請書及び特定医療費(指定難病)受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 年 月 日 福岡県知事 殿						

★以下の注意事項を参照の上、ご記入ください。また保護者や医療保険に関する事項のうち支給認定基準世帯員に変更がある場合、別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。

①注意事項
※1 氏名及び住所の変更の場合は住民票、加入医療保険の変更の場合は医療保険の資格情報に記載できる資料の写しを添付すること。
※2 支給認定基準世帯員については裏面記載の表を参照。
※3 医療保険の適用区分の変更は、限額適用認定証又は限額適用・標準負担額減額認定証を添付すること。
※4 指定医療機関、自己負担上限額(療養区分、人工呼吸器等装着・高齢かつ長期)及び指定難病の名称の変更については、様式第1号特定医療費(指定難病)支給認定申請書により申請すること。

(裏面) 略

改正後

現行

様式第4号別紙1

様式第4号別紙1

略

略

(裏面)

(裏面)

(注意事項)

(注意事項)

※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。

※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。

※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます場合があります。

※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます場合があります。

・申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。

・申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。

・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療受給者証と支給認定書が含まれている場合は以下1(2)の④を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。

・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)の④を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類
(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類
(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合

1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合

(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)

(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)

次のいずれか1点を提示

次のいずれか1点を提示

申請者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

申請者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①か②のいずれかを提示

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書

個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書

②以下の書類は2点以上

②以下の書類は2点以上

特定医療受給者証 支給認定書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

特定医療受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)

2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)

(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)

(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)

次のいずれか1点を提示

次のいずれか1点を提示

受診者又は保護者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

受診者又は保護者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)代理人の身元確認

(2)代理人の身元確認

①か②のいずれかを提示

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書

個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書

②以下の書類は2点以上

②以下の書類は2点以上

特定医療受給者証 支給認定書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

特定医療受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)(
①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

(3)代理権の確認

(3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

次のいずれか1点を提示

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

改正後

現行

様式第19号(第15条関係)

略

様式第19号別紙1

略

(裏面)

(注意事項)

- ※1 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます。
- 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の(1)あるいは(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類

(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「要支援者本人」の場合

- (1)要支援者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

要支援者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

- (2)要支援者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 資格確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)
 (①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「要支援者本人」以外の場合(代理人)

- (1)要支援者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

要支援者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

- (2)代理人の身元確認

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 資格確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)
 (①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

- (3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

様式第19号別添

略

様式第19号(第15条関係)

略

様式第19号別紙1

略

(裏面)

(注意事項)

- ※1 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます。
- 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の(1)あるいは(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類

(口は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「要支援者本人」の場合

- (1)要支援者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

要支援者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

- (2)要支援者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 資格確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)
 (①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「要支援者本人」以外の場合(代理人)

- (1)要支援者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)
次のいずれか1点を提示

要支援者の
 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

- (2)代理人の身元確認

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点
 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり)

②以下の書類は2点以上

特定医療費受給者証 資格確認書 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし)
 (①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

- (3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

様式第19号別添

略