

令和8年度 特定医療費(指定難病)医療受給者証
更新申請書の書き方(記入例・必要書類)

- お手元の特定医療費(指定難病)医療「受給者証」は、令和8年9月30日(水)で有効期間が終了します。
- 受給者証の更新には、更新申請書の提出が必要です。
- 更新申請書の提出は、「郵送申請」にご協力をお願いします。

更新申請受付期間

①「郵送で申請」する場合	令和8年6月22日(月)～令和8年7月17日(金) ※必着
②「保健所で申請」する場合	令和8年6月22日(月)～令和8年7月24日(金)

※令和8年6月22日(水)～令和8年6月30日(火)は期日前申請期間(令和8年7月1日受付扱い)となります。

- 保健所ごとに「申請書の提出方法」などの説明がありますので、別冊①「保健所ごとの申請方法について」も必ずご確認ください。

- 更新後の受給者証は、令和8年9月下旬以降、順次発送する予定です。

(注意事項)

- 前回の更新申請書から様式および提出書類が変わりましたのでご注意ください。
- 受付期間終了後も令和8年9月30日までは更新申請を受付しますが、8月以降の申請については、受給者証の発行が令和8年11月下旬以降となりますのでご注意ください。
- 「申請書の記入もれ」や「提出書類の不足」で審査ができない場合、また、「臨床調査個人票について医療機関に確認が必要となった場合」は、令和8年9月末までに更新後の受給者証を発行できない場合があります。対象者には、随時、申請書の訂正や不足書類の提出についてご連絡しますので、連絡がありましたらお早めにご対応願います。

目 次

表 紙	P.1	更新受付期間 など
目 次	P.2	目次
提出書類	P.3	提出書類
記入例① (必須書類)	P.5	【様式集①】特定医療費(指定難病)支給認定申請書の書き方
	P.7	【様式集①】特定医療費(指定難病)支給認定申請書の書き方(変更がある場合)
	P.9	【様式集②】世帯調書の書き方
	P.12	【様式集②】世帯調書の書き方(患者の保険証が社会保険の場合)
記入例② (対象者のみ)	P.13	【様式集③】非課税収入申告書の書き方
	P.15	【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書の書き方

提出書類

(1) 全員提出が必要な書類

①	特定医療費(指定難病)支給認定申請書様式集①	記入例は5～8ページ
②	世帯調書様式集②	記入例は9～12ページ
③	臨床調査個人票	医療機関が作成したもの
④	患者を含む世帯全員分の住民票(謄本) 【注意】世帯調書の患者と家族全員分※2の「個人番号(マイナンバー)」が記載されたものがが必要です。	患者を含む世帯全員分
⑤	令和8年度(令和7年分)の市町村民税証明書 ※1 【注意】別紙『令和8年度(令和7年分)の市町村民税証明書の必要項目について』を必ずご確認ください。	世帯調書に記入した患者と家族全員分 ※2
⑥	資格情報確認書(保険証)のコピー ※1 または、 「マイナポータルから印刷した医療保険の資格情報」でも可 【重要】令和8年4月1日の時点で75歳以上の患者、家族については提出不要です。(生活保護受給者の場合も不要)	世帯調書に記入した患者と家族全員分 ※2
⑦	患者本人の受給者証のコピー	病名が書かれた面のコピー
⑧	(患者が生活保護受給者の場合) 生活保護受給証のコピー	患者住所・氏名および発行者が書かれた面のコピー

※ 1 別途、【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書等を提出した場合は提出不要です。→15、16ページの記載例をご覧ください。

※ 2 患者の保険証と記号・番号が異なる家族の分(世帯調書で「患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号」に☑した家族の分)は提出不要です。ただし、記号・番号が同じで枝番だけ異なる場合は提出が必要ですのでご注意ください。

※ 3 ⑥～⑧の提出書類については、A4サイズの印刷、コピー、貼付等にご協力ください。

(2)対象者のみ提出が必要な書類

【1】個人番号なしの住民票(謄本)で申請する場合

マイナンバーカード(裏面)のコピー ※1	世帯調書に記入した患者と家族全員分 ※2
----------------------	----------------------

【2】世帯調書の患者と家族全員※2が「市町村民税非課税」の場合

非課税収入申告書様式集③	記入例は13、14ページ
令和7年1月～令和7年12月の受給額等の証明書 ※該当する非課税収入(14ページ)がある場合のみ必要	公的機関が発行した証明書類 (振込通知書など)のコピー

【3】「高額かつ長期」の軽減措置を申請する場合 → 詳しくは、別冊②「制度解説」(3ページ)へ

自己負担上限月額管理票のコピー ※医療費総額(月額)が50,001円以上の月のみ有効	医療費総額(月額)が確認できる管理票のコピー6ヶ月分
---	----------------------------

(軽症者特例について)

○今年から、軽症者特例用の自己負担上限月額管理票のコピー(33,331円以上×3ヶ月)の提出は不要です。【様式集①】申請書の(3)同意事項⑦軽症者特例の「同意する」の欄に☑した方で、臨床調査個人票(重症度)の審査の結果、管理票の確認・提出が必要となった場合は、8月中旬から9月上旬に、書面にてご連絡します。

→あらかじめ管理票のコピーを提出しておきたい場合は、別冊②「制度解説」の2ページをご覧ください

【4】「世帯按分」の軽減措置を申請する場合 → 詳しくは、別冊②「制度解説」(4ページ)へ

世帯按分に該当する家族(または患者本人)の受給者証のコピー	病名が書かれた面のコピー
-------------------------------	--------------

※1 【1】マイナンバーカード(裏面)のコピーは、氏名、生年月日、個人番号が確認できるようコピーしてください。

※2 患者の保険証と記号・番号が異なる家族の分(世帯調書で「患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号」に☑した家族の分)は提出不要です。ただし、記号・番号が同じで枝番だけ異なる場合は提出が必要ですのでご注意ください。

【様式集①】特定医療費(指定難病)支給認定申請書の書き方

※更新案内に、患者の住所・氏名などをあらかじめ印刷した、【様式集①】申請用紙を同封していますのでご確認ください。

(1) 患者情報

○記載された①住所・氏名、②電話番号、③保険証に**変更がない場合は、「無」に☑してください。**(変更がある場合の記入例は7ページです)

(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書【更新】 様式集①

(1) 患者情報 ①～③の患者情報について変更の有無に☑してください

①住所・氏名	住所・氏名変更の有無・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	☑有の場合は裏面へ→
	〒 999-9999 〇〇郡〇〇町〇〇〇〇123-4 宮城 太郎 様		
(18歳未満の場合のみ) 保護者の住所・氏名	〇〇郡〇〇町〇〇〇〇123-4 宮城 一郎		
②電話番号	電話番号変更の有無・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	☑有の場合は裏面へ→
	(主) 090-7788-9900 (副) 0120-123-456		
③保険証	保険変更の有無・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	☑有の場合は裏面へ→
	(保険者名) 〇〇郡〇〇町 (記号・番号) み〇 11A223344		

(2) 軽減措置

○自己負担上限月額を減額する**軽減措置を申請する場合は、④～⑥の欄に☑してください。**(軽減措置の詳細は別冊②「制度解説」3、4ページをご覧ください。)

(2) 軽減措置 ④～⑥の軽減措置を申請する場合は☑してください

④高額かつ長期	過去12か月分の自己負担上限月額管理票で総医療費(月額)の合計が50,001円以上の月が6回以上ある場合	<input checked="" type="checkbox"/>
⑤人工呼吸器等装着者	常時、人工呼吸器(又は体外式補助人工心臓)を装着している場合	<input type="checkbox"/>
⑥世帯按分	指定難病または小児慢性受給者証を持つ患者と同じ医療保険に加入している家族がいる場合または患者本人が指定難病とは別の疾病の小児慢性受給者証を持っている場合	<input type="checkbox"/>

(3) 同意事項

- 宮城県および国への同意事項について、⑦～⑨に同意する場合は☑、⑩に同意する場合は日付と患者名を記入してください。
- 同意は任意（自由）ですが、「⑦軽症者特例」と「⑧医療機関への照会」については、同意がない場合、後日、特例の再申請や患者から医療機関への問い合わせなど申請者本人の手続きが必要となる可能性がありますので、同意☑を推奨しています。

(3) 同意事項【任意】 ⑦～⑩に同意する場合は☑または記名してください		
⑦軽症者特例	臨床調査個人票の審査で重症度基準に満たない場合、軽症者特例で再審査を行うことに同意する（詳細は別冊②「制度解説」参照）	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する
⑧医療機関への照会	臨床調査個人票の記載内容に不備等があった場合、宮城県から医療機関に直接質問等を行うことに同意する	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する
⑨講演会情報	指定難病の講演会等の案内およびその目的に必要な範囲内で、宮城県が患者情報を利用することに同意する	<input type="checkbox"/> 同意する
⑩研究への利用 (厚生労働大臣あて)	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する 令和8年 7 月 1 日 (同意しない場合は署名不要)	患者署名：宮城 太郎 (※代理人署名：宮城 一郎)

(4) 受給者証の送付先について

- 更新後の受給者証は、患者住所宛てに送付します。患者住所以外に受給者証の送付を希望する場合は、用紙の裏面に、「別送先住所」、「別送先氏名」、「患者との続柄」、「電話番号」を記入してください。
- 患者住所以外への送付は毎回申請が必要です。別送先の記入がない場合は、今後、患者住所宛てに受給者証や来年度の更新案内等が送付されますのでご注意ください。

○以上で、【様式集①】特定医療費（指定難病）支給認定申請書は終了です。
引き続き、【様式集②】世帯調書の記入をお願いします。

→世帯調書の記入例は9ページです

【様式集①】特定医療費(指定難病)支給認定申請書の書き方(変更がある場合)

○申請書にあらかじめ印刷された①住所・氏名、②電話番号、③保険証から、変更がある項目について、「有」に☑してください。

※「①住所・氏名」、「③保険証」の保険者名、記号・番号に変更がある場合の記入例

(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書【更新】 様式集①

(1) 患者情報 ①~③の患者情報について変更の有無に☑してください

①住所・氏名	住所・氏名変更の有無・・・・・・・・・・	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	☑有の場合 は裏面へ→
	〒 999-9999 〇〇郡〇〇町〇〇〇〇123-4 宮城 太郎 様		
(18歳未満の場合のみ) 保護者の住所・氏名	〇〇郡〇〇町〇〇〇〇123-4 宮城 一郎		
②電話番号	電話番号変更の有無・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	☑有の場合 は裏面へ→
	(主) 090-7788-9900 (副) 0120-123-456		
③保険証	保険変更の有無・・・・・・・・・・	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	☑有の場合 は裏面へ→
	(保険者名) 〇〇郡〇〇町 (記号・番号) み〇 11A223344		

○「☑有」の場合は、用紙の裏面に記入が必要です。

→裏面の記入例は次のページです

(住所および保険証に変更があった場合の記入例)

- 「①変更後の住所」の欄に、変更後の住所を記入してください。
- 「③変更後の保険証」の欄に、保険者名、保険者番号、被保険者氏名、記号・番号を記入してください。※枝番の記入は任意（自由）です。

(裏面)

○変更がある場合のみ記入（変更がない場合は記入不要）

①変更後の住所・氏名	(変更後の住所)		
	〒 9 9 9 - 0 0 0 0		
	〇〇市〇〇町〇〇〇〇 5 6 - 7 8		
	(変更後の氏名・フリガナ)		
<small>(18歳未満の場合のみ) 変更後の保護者の住所・氏名</small>			
②変更後の電話番号	電話番号（主）		
	電話番号（副）		
③変更後の保険証	保険者名	宮城 一郎	保険者番号 1 2 3 4 5 6 7
	被保険者氏名	宮城 太郎	
	記号・番号 (枝番)	記号 0 0 0 0	番号 0 0 0 0 (枝番) 0 0

※更新前の受給者証について

- 更新申請書の内容で変更手続きを行いますので、更新前の受給者証の変更届出書は提出不要です。
- 氏名・住所変更の場合は、特に希望がなければ、更新前の受給者証の書き換えや再交付は行いません。希望がある場合は、更新申請書の受付から2～3ヶ月後に、変更後の内容で更新前の受給者証を再交付します。
- 保険変更の場合も、特に希望がなければ、更新前の受給者証の書き換えや再交付は行いません。受診の際に、医療機関の窓口で受給者証の保険変更について確認された場合は、県に届出済みである旨を伝えてください。

-
- 以上で、【様式集①】特定医療費（指定難病）支給認定申請書は終了です。引き続き、【様式集②】世帯調書の記入をお願いします。

【様式集②】世帯調書の書き方

※更新案内に、【様式集②】世帯調書の用紙を同封していますのでご確認ください。

様式集②

世帯調書

(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)

(保健所使用欄のため記入不要)

(記入方法)

◎「患者本人」と「患者と同じ医療保険（保険証）の家族全員」を記入

- ・収入がない16歳未満の家族については記入不要です。
- ・患者が生活保護受給者の場合は「患者本人」だけ記入してください。また、患者の保険証が社会保険の場合は以下のとおりです。

○患者の保険証が社会保険の場合（全国健康保険協会、健康保険組合（国民健康保険組合を除く）、共済組合、自衛隊）

- ・患者が社会保険の被保険者になっている場合は「患者本人」の欄だけ記入してください。
- ・患者が社会保険の被扶養者になっている場合は「患者本人」の欄および「被保険者になっている家族1名」を記入してください。（同居家族のほか、別居している家族・親族が被保険者になっている場合があります。）

○保険証の種類がわからない場合は「患者本人と家族全員」を記入してください。

患者本人	フリガナ氏名		「わからない」の場合 又は様式集④を使用する場合
家族①			
家族②	フリガナ名 生年月日 保険証の記号・番号（印する）	昭和・平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と 同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と 別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない（該当する職業等を○で囲んでください）	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ ()
家族③	フリガナ氏名 生年月日 保険証の記号・番号（印する）	昭和・平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と 同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と 別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない（該当する職業等を○で囲んでください）	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ ()

見本

（記入例は次のページ）

階層判定	患者（または保護者）の収入額 合計所得金額・公的年金等収入額・非課税収入額 円	所得割（計） 円 均等割のみ
判定不可	A・B1・B2（□B2同意）	C1・C2・D（□D同意）

A:生保, B1:826,500円以下, B2:826,500円超, C1:71千円未満, C2:71千円以上251千円未満, D:251千円以上

世帯員区分	MN 種別	住民税の課税状況等（非課税・課税のどちらかを○で囲む）	所得割額 円 均等割のみ
(印確認)	保険	非課税	課税
	税	合計所得金額 円 公的年金等収入額 円 非課税収入額 円	所得割額 円 均等割のみ

※マイナンバー確認欄（個人番号が記載された住民票またはマイナンバーカードのコピー）を必ず提出してください。（郵政法施行規則第12条第2項および第9項）

○世帯調書には、「患者本人」と「患者と同じ医療保険（保険証）の家族全員」を記入してください。

※患者や家族の保険証の種類がわからない場合は、「患者本人と家族全員」を記入してください。

※患者本人が生活保護受給者の場合は、「患者本人」のみ記入してください。

→次のページに続きます

※患者の保険証が社会保険（全国健康保険協会、健康保険組合（国民健康保険組合は除く）、共済組合、自衛隊）の場合は、家族の記入が少なくなります。詳しくは12ページをご覧ください。
 （患者本人について）

①「患者本人」の氏名（フリガナ）、生年月日を記入してください。

○住民票が患者本人だけの場合（および患者本人が生活保護受給者の場合）は、世帯調書は終了です。

→別冊①「保健所別の申請方法」で郵送先の確認をお願いします。

○保険証の種類がわからない場合は「患者本人と家族全員」を記入してください。

患者本人	フリガナ氏名	ミヤギ タロウ 宮城 太郎	「わからない」の場合 又は様式集④を使用する場合 ご家族の記号・番号を確認するため、 職業確認にご協力ください（○で囲む）
	生年月日	昭和・平成・令和 22年 2月 2日	

（家族について）

②患者と同じ医療保険（保険証）の家族全員を記入してください。

○住民票の家族のうち、患者と同じ医療保険（保険証）の家族全員の氏名、生年月日を記入してください。

※収入のない16歳未満の家族は記入不要です。

家族①	フリガナ氏名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ []
	生年月日	昭和・平成・令和 55年 5月 5日	
	保険証の記号・番号（☑する）	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない（該当する職業等を○で囲んでください）	
家族②	フリガナ氏名	ミヤギ ハナコ 宮城 花子	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ []
	生年月日	昭和・平成・令和 56年 6月 6日	
	保険証の記号・番号（☑する）	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない（該当する職業等を○で囲んでください）	

③家族の保険証の記号・番号を確認して、患者本人の記号・番号と同じ場合は「同じ記号・番号」の欄に☑、別の場合は「別の記号・番号」の欄に☑してください。

○患者または家族の保険証や記号・番号がわからない場合は、「わからない」に☑した上で、右の欄から該当する職業等を○で囲んでください。
(ご家族の保険の種類を確認するために必要です)

家族 ①	フリガナ氏名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ []
	生年月日	昭和・平成・令和 55年 5月 5日	
	保険証の 記号・番号 (☑する)	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号	
		<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号	
	<input type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)		
家族 ②	フリガナ氏名	ミヤギ ハナコ 宮城 花子	個人事業主・個人農家 会社員・ 団体職員 公務員・ <u>無職</u> ・ 学生 年金・ その他 ↑ []
	生年月日	昭和・平成・令和 56年 6月 6日	
	保険証の 記号・番号 (☑する)	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号	
		<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号	
	<input checked="" type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)		

○「患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号の家族全員」および「記号・番号がわからない家族全員」の個人番号確認書類や市町村民税証明書などの提出が必要となりますので、可能な限り、資格確認書やマイナポータルなどで確認していただくようお願いします。

○以上で、【様式集②】世帯調書の記入は終了です。

→書類の準備ができたなら、別冊①「保健所別の申請方法」で郵送先の確認をお願いします。

※郵便による申請にご協力をお願いします。郵送を利用できない場合は保健所でも申請できますが、必ず別冊①「保健所別の申請方法」を確認の上、記載内容に従い申請していただくようお願いします。受給者全体の円滑な更新手続きのためご協力をお願いします。

【様式集②】世帯調書の書き方(患者の保険証が社会保険の場合)

※ここでは、患者の保険証が社会保険の場合の世帯調書の書き方を説明します。

※患者の保険証が、国民健康保険（市町村）、後期高齢者医療制度、国民健康保険組合の場合、または生活保護受給者の場合は、9ページをご覧ください。

(患者本人が社会保険の「被保険者」の場合)

○患者本人が企業・団体・官公庁・自衛隊等で働いている場合は、社会保険の「被保険者」に該当する可能性があります。

○患者本人が社会保険の「被保険者」の場合は、「患者本人」の氏名、生年月日のみ記入してください。

○保険証の種類がわからない場合は「患者本人と家族全員」を記入してください。

患者本人	フリガナ氏名	シャホ レイジ 社保 例次	「わからない」の場合 又は様式集④を使用する場合 ご家族の記号・番号を確認するため、 職業確認にご協力ください（○で囲む）
	生年月日	昭和・平成・令和 11年 1月 1日	

(患者本人が社会保険の「被扶養者」の場合)

○患者の家族が被保険者として企業・団体・官公庁・自衛隊などで働いている場合は、社会保険の「被扶養者」に該当する可能性があります。

○患者本人が社会保険の「被扶養者」の場合は、「患者本人」および「被保険者にあたる家族」を記入してください。

患者本人	フリガナ氏名	シャホ レイミ 社保 例美	「わからない」の場合 又は様式集④を使用する場合 ご家族の記号・番号を確認するため、 職業確認にご協力ください（○で囲む）
	生年月日	昭和・平成・令和 15年 5月 5日	
家族 ①	フリガナ氏名	シャホ レイジ 社保 例次	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ []
	生年月日	昭和・平成・令和 11年 1月 1日	
	保険証の 記号・番号 (囲む)	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)	

○以上で、【様式集②】世帯調書の記入は終了です。

→書類の準備ができたなら、別冊①「保健所別の申請方法」で郵送先の確認をお願いします。

【様式集③】非課税収入申告書の書き方

※更新案内に、【様式集③】非課税収入申告書の用紙を同封していますのでご確認ください。

○非課税収入申告書は、下記(1)または(2)に該当する場合のみ提出が必要です。

(1)	世帯調書に記入した患者、家族全員※が「市町村民税非課税」の場合 ※患者の保険証と記号・番号が異なる家族を除く
(2)	【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書を提出して、 患者本人(18歳未満の場合は保護者)の「市町村民税証明書」を省略する場合

※(1)に該当する場合でも、患者本人(18歳未満の場合は保護者)の収入額によっては提出不要場合があります。(詳細は非課税収入申告書の申請用紙をご覧ください)

○申請日、受給者番号、患者氏名を記入してください。

(1) 令和7年1月～12月の非課税収入(次ページ参照)が「無い場合」

○「無」に☑してください。(以上で終了です。)

非課税収入申告書		
		令和8年7月1日
宮城県知事 殿	(受給者番号) 9999999	(患者氏名) 宮城 太郎
<small>難病患者に対する医療等に関する法律の特定医療費自己負担上限月額の算定にあたり、 低所得区分に係る非課税収入は、以下のとおり相違ありません。</small>		
①患者本人(18歳未満の場合は保護者)の、令和7年1月から令和7年12月までの間の、下記(1)～(18)の年金・給付金等の給付の有無(いずれかに☑)		
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> わからない

(2) 令和7年1月～12月の非課税収入(次ページ参照)が「ある場合」

○「有」に☑してください。

○該当する年金・給付金に☑の上、受給額(年額)を記入してください。

③【有】に☑した場合		
該当する給付金等(1)～(18)に☑して、令和7年中の受給額の合計を記入した上で、公的機関が発行した証明書類(振込通知書など)のコピー等と一緒に提出してください。(振込通知書などを紛失した場合は給付元にご相談願います。)		
<input checked="" type="checkbox"/> (1) 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> (2) 遺族基礎年金	<input type="checkbox"/> (3) 寡婦年金
<input checked="" type="checkbox"/> (4) 障害年金	<input type="checkbox"/> (5) 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> (6) 障害手当金
<input type="checkbox"/> (7) 遺族厚生年金	<input type="checkbox"/> (8) 障害一時金	<input type="checkbox"/> (9) 障害共済年金
<input type="checkbox"/> (10) 遺族共済年金	<input type="checkbox"/> (11) 特別年金給付(支給事由:障害)	<input type="checkbox"/> (12) 特別障害給付金
<input type="checkbox"/> (13) 労災による障害補償給付・障害給付	<input type="checkbox"/> (14) 労災による障害補償給付等	<input type="checkbox"/> (15) 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/> (16) 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> (17) 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> (18) 福祉手当
令和7年1月～12月の受給額(合計)		809,000 円

○受給額を証明する証明書類が必要です。振込通知書などのコピーを提出してください。(通帳のコピーは証明書類になりません。)

○該当する年金・給付金等が障害基礎年金(2級)または遺族基礎年金の場合は、証明書類を省略できる可能性がありますので、申告書の裏面をご確認ください。

(3) 非課税収入の有無が「わからない場合」または「証明書類を提出することができない場合」

- 収入額を確認することができないため、自己負担上限月額2,500円（低所得Ⅰ）で認定することができません。
- 給付元（年金事務所や市町村の保険担当課など）への相談をお願いしていますが、**証明書類を提出せず、自己負担上限月額5,000円（低所得Ⅱ）で認定を希望する場合は、「わからない」に☑して、「低所得Ⅱ（自己負担上限月額5,000円）の認定同意欄」を確認の上、同意欄に☑して提出してください。**

④「わからない」に☑した場合（または、証明書類を提出することができない場合）

収入を確認することができないため、自己負担上限月額2,500円（低所得Ⅰ）で認定することができません。証明書類の提出省略（自己負担上限月額5,000円（低所得Ⅱ）で認定）を希望する場合は、下記の同意欄に☑して提出してください。

低所得Ⅱ（自己負担上限月額 5,000円）の認定同意欄	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">☑</div>	私（患者本人または18歳未満の場合は保護者）は、市町村民税非課税ですが、低所得区分に係る非課税収入の有無を確認することまたは証明書類を提出することができないため、患者氏名と左のチェック欄への記入をもって低所得Ⅱ（自己負担上限月額 5,000円）で認定されることに同意します。

※証明書類を提出した場合でも、患者本人（18歳未満の場合は保護者）の〔公的年金等収入額〕と〔合計所得金額〕の合計から〔公的年金にかかる雑所得〕を差し引いた金額が826,500円以上の場合は、自己負担上限月額5,000円（低所得Ⅱ）で認定されます。（合計所得金額に給与所得が含まれる場合は更に10万円（10万円以下の場合全額）を差し引いた金額）

提出の対象となる非課税収入(年金・給付等)の一覧表

障害基礎年金	遺族共済年金
遺族基礎年金	特例年金給付(支給事由:障害)
寡婦年金	特別障害給付金
障害年金	労災による障害補償給付・障害給付
障害厚生年金	公災による障害補償給付等
障害手当金	特別児童扶養手当
遺族厚生年金	障害児福祉手当
障害一時金	特別障害者手当
障害共済年金	福祉手当

【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書の書き方

※更新案内に、【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書の用紙を同封して
いますのでご確認ください。

○本確認書は、「令和8年度(令和7年分)の市町村民税証明書」および「資格確認
書(保険証)のコピー」の提出を省略する場合に使用します。

(はじめに)

【様式集①】申請書や【様式集②】世帯調書の記入時には、患者や家族の資格情報を再確認する
必要があります。資格確認書(保険証)の提出を省略する場合でも、適宜、マイナポータルな
どで資格情報を確認した上で、申請書等を記入してください。(申請書等の内容に不備があった
場合は、9月末までの受給者証の発行が間に合わない場合があります。)

(記入例)

○日付と患者氏名(18歳未満の場合は保護者氏名、代理申請の場合は代理人氏名)を記入。

(1. 省略する書類について)

○省略を希望する書類に☑してください。

様式集④	
証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書	
令和 8 年 7 月 1 日	
患者氏名	宮城 太郎
(保護者・代理人氏名	宮城 一郎)
証明書等の省略を希望する場合は、下記の同意事項と確認事項をよく読んで いただき、同意欄と確認欄に☑して提出してください。	
1. 省略する書類(☑を記入)	
<input checked="" type="checkbox"/>	『資格情報確認書』(保険証)のコピー
<input checked="" type="checkbox"/>	令和8年度(令和7年分)の『市町村民税証明書』

(2. 同意事項について)

○同意事項の内容を確認の上、同意欄に☑してください。

2. 同意事項(同意欄に☑)	
同意欄	書類を省略した患者と家族の収入や市町村民税、保険証の情報について、県が 個人番号を利用して市町村や保険者に情報を照会することに同意する。
<input checked="" type="checkbox"/>	個人番号で情報を照会できなかった場合は、省略した書類の提出を行うことに 同意する。(必要な場合は後日県から連絡します。)

(3. 確認事項について)

○確認事項の内容を確認の上、**確認欄**に☑してください。

3. 確認事項 (確認欄に☑)	
確認欄	書類を省略する患者、家族全員の同意を得て、この確認書を提出している。
<input checked="" type="checkbox"/>	書類を省略する家族全員の職業欄 (世帯調書) に○を付けている。
	書類を省略する患者、家族全員の個人番号確認書類を提出している。

※給与所得の有無や保険証等の照会先を確認するため、**省略する患者、家族全員の職業欄 (世帯調書) に○を付けてください。**

記入例 (世帯調書)

家族 ①	フリガナ氏名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員 無職・学生 年金・その他
	生年月日	昭和 平成・令和 55年 5月 5日	
	保険証の記号・番号 (印する)	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号 <input type="checkbox"/> わからない (該当する職業等を○で囲んでください)	
家族 ②	フリガナ氏名	ミヤギ ハナコ 宮城 花子	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員 無職・学生 年金・その他
	生年月日	昭和 平成・令和 56年 6月 6日	
	保険証の記号・番号 (印する)	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号 <input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号 <input checked="" type="checkbox"/> わからない (該当する職業等を○で囲んでください)	

(4. 非課税収入申告書の提出について)

○患者 (18歳未満の場合は保護者) の「市町村民税証明書」を省略する場合は、**【様式集③】非課税収入申告書の提出**が必要です。(記入例は13ページ)

4. 「非課税収入申告書」の提出について (患者または保護者のみ)

患者本人 (18歳未満の場合は保護者) の「市町村民税証明書」を省略する場合は、**【様式集③】「非課税収入申告書」の提出**が必要です。

○非課税収入申告書の提出がない場合は、市町村民税が非課税の場合でも自己負担上限月額2,500円 (低所得I) で認定できません。
 ※上記について確認の上、「階層区分の認定同意欄」に☑した場合は非課税収入申告書の提出を省略できます。非課税収入申告書を提出しない場合は必ず同意欄に☑してください。

階層区分の認定同意欄 (上記4の対象者で非課税証明書の省略を希望する場合のみ☑)	
<input checked="" type="checkbox"/>	私 (患者本人または18歳未満の場合は保護者) は、市町村民税証明書の提出を省略するにあたり、低所得区分に係る非課税収入の有無が確認できない (または、給付額を確認するための証明書類が提出できない) ため、患者氏名と左のチェック欄への記入をもって低所得I (自己負担上限月額2,500円) の認定にならないことに同意します。

※情報照会の結果、患者 (保護者) の市町村民税が非課税だった場合は、非課税収入申告書の内容をふまえて自己負担上限月額の認定を行います。非課税収入申告書 (対象となる非課税収入がある場合は受給額の証明書類) の提出がない場合は受給者証を発行できません。非課税収入申告書または受給額の証明書類の省略を希望する場合は、「階層区分の認定同意欄」の内容をよくご確認の上、☑して提出してください。