

令和8年度 小児慢性特定疾病医療受給者証
更新申請書の書き方(記入例・必要書類)

- お手元の小児慢性特定疾病医療「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。
- 更新申請受付期間中は、「郵送申請」にご協力をお願いします。
-

更新申請受付期間

①「 <u>郵送申請</u> 」の場合	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②「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月下旬頃、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、「医療意見書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	提出書類の確認
記 入 例 ① (必須書類)	P. 5	【様式集①】小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【更新】の書き方
	P. 7	【様式集①】小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【更新】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. 11	【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	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【更新】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	医療意見書※1	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※3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 ※2 【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 ※3
⑥	資格情報確認書(保険証)のコピー ※2 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	世帯調書に記入した患者と家族全員分 ※3
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

(補足事項)

- ※1 「③医療意見書」の作成に必要な文書料は、特定医療費や保険の対象にはなりません。
- ※2 「⑤市町村民税証明書」と「⑥資格情報確認書」は、【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書の提出により省略可能です。→15、16ページの記載例をご覧ください
- ※3 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」に印した家族の分)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。
- ※4 「⑥および⑦の書類」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
----------------------	----------------------

→次のページに続きます

【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①「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 (令和7年8月～令和8年7 月までの12か月分)
---	---

【4】「世帯按分」の軽減措置を申請する場合 → 詳しくは、別冊①「制度解説」へ(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」に印した家族の分)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。

※「市町村民税証明書」または「資格情報確認書(保険証)」の提出を省略したい場合

- 【様式集④】証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書の提出により、「市町村民税証明書」、「資格情報確認書(保険証)」の提出を省略可能です。
- 省略された患者、家族の市町村民税や保険証の情報は、個人番号を利用して情報を照会します。※個人番号の利用について、対象となる患者・家族全員の同意☑が必要です。

→詳しくは、15、16ページの記入例をご覧ください

→次のページから「記入例」です

記入例【様式集①】小児慢性特定疾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)

受給者番号
(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【更新】 様式集①

(1) 保護者(患者)情報 ①～③の項目について**変更の有無に☑してください**

①住所・氏名	①住所または氏名変更の有無・・・ 有 <input type="checkbox"/> 無<input checked="" type="checkbox"/> 有☑の場合は裏面へ 〒 999-9999 ○○郡○○町○○○123-4 宮城 太郎 様	有☑の場合は裏面へ
患者の住所・氏名	○○郡○○町○○○123-4 宮城 一郎	
②電話番号	②電話番号変更の有無・・・ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (主) 090-7788-9900 (副)	有☑の場合は裏面へ
③保険証	③保険変更の有無・・・ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (保険者名) ○○郡○○町 (記号・番号) み○ 11A223344	有☑の場合は裏面へ

(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、④～⑦の欄に☑してください。**(軽減措置の詳細は別冊①「制度解説」2～4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		保険所 使用欄
④高額かつ長期	④過去12か月分の自己負担上限月額管理票で「総医療費」の合計が50,001円以上の月が6回以上ある場合は申請可能 ※自己負担上限月額管理票の写し(50,001円以上の月6回分)が必要	<input checked="" type="checkbox"/>	
⑤重症	⑤重症患者認定基準に該当している場合は申請可能 ※指定医が記載した「重症患者認定申請書」の提出が必要	<input type="checkbox"/>	
⑥人工呼吸器等装着者	⑥常時人工呼吸器(または体外式補助人工心臓)を装着している場合は申請可能 ※指定医が記載した「人工呼吸器等装着者証明書」の提出が必要	<input type="checkbox"/>	
⑦世帯按分	⑦指定難病または小児慢性受給者証を持っている家族等がいる場合は申請可能(または患者本人が指定難病とは別の小児慢性受給者証を持っている場合) ※家族等の受給者証(または患者本人の小児慢性受給者証)の写しが必要	<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、⑧、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、と「**⑧医療機関への照会**」については、同意がない場合、後日、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】 ⑧～⑩に同意する場合は☑、⑩に同意する場合は記名してください

⑧病院への照会	⑧医療意見書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照会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	⑨小児慢性特定疾病の講演会等の案内およびその目的に必要な範囲内で、当該患者情報が患者情報を利用することに同意する。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する
⑩研究への利用	⑩医療意見書の情報が(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小児慢性特定疾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。同意しない場合は記名不要です。 厚生労働大臣 殿 令和 8 年 7 月 1 日 患者名： 宮城太郎 (保護者・代理人： 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、保護者(患者)住所宛てに送付します。**保護者(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。

○患者(保護者)の住所とは別の宛先に受給者証の送付を希望する場合のみ記入(希望しない場合は記入不要)

別送先住所	〒 -		
別送先氏名			
患者との続柄		電話番号	

○以上で、【様式集①】小児慢性特定疾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

記入例【様式集①】小児慢性特定疾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。

※「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

受給者番号 <small>(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)</small>		様式集①
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【更新】		
(1) 保護者(患者)情報 ①～③の項目について変更の有無に☑してください		
①住所・氏名	①住所または氏名変更の有無・・・ 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	有☑の場合 は裏面へ→
	〒 999-9999 ○○郡○○町○○○○123-4 宮城 太郎 様	
患者の住所・氏名	○○郡○○町○○○○123-4 宮城 一郎	
②電話番号	②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)	
③保険証	③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) ○○郡○○町 (記号・番号) み○ 11A223344	

○「有☑」の場合は、用紙の裏面に記入が必要です。
 (次のページから、裏面の記入例を説明します。)

(保険証に変更があった場合の記入例)

○「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。

受給者番号 9999999		患者名 宮城 太郎(記載例)		(裏面)	
○裏面は、変更がある場合のみ記入してください(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)				
	〒 -				
(変更後の氏名・フリガナ)					
<small>(18歳未満の場合のみ)</small> 変更後の保護者の住所・氏名					
②変更後の電話番号	変更後の電話番号(主)				
	変更後の電話番号(副)				
③変更後の保険証	変更後の保険者名	〇〇健康保険組合	変更後の保険者番号	1234567	
	被保険者氏名	宮城 一郎			
	記号・番号(枝番)	(記号) 0000	(番号) 0000	(枝番) 00	

※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、別途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】小児慢性特定疾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次のページです

(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②「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 (記入例)	※職業欄 (家族の記号・番号が わからない場合は ○で囲んでください)
	(生年月日)	昭和・平成・令和 22年 2月 2日	
	患者本人が18歳未満の場合は☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 18歳未満	

(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 (記入例)	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 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 (記入例)	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 type="checkbox"/> わからない (該当する職業等を○で囲んでください)	

→次のページに続きます

記入例【様式集②】世帯調書の書き方(つづき)

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」に☑してください。

○患者本人の記号・番号と違う場合は、「別」に☑してください。

○患者または家族の記号・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)

		必ず本人が「同」か「別」か「わからない」を記入してください。□は「同」か「別」か「わからない」を記入してください。(○で囲む)	
家族 ①	フリガナ氏名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎 (記入例)	
	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 (記入例)	
	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)	
		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	
		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	

○「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②「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②「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。

→次のページをご覧ください

記入例【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、6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) シヤホ レイジ 社保 例次 (記入例)	※職業欄 (家族の記号・番号が ☑わからない場合は ○で囲んでください)
	(生年月日) 昭和・平成・令和 11年1月1日	
患者本人が18歳未満の場合は☑してください □18歳未満		

(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・自衛隊等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。(患者とは別に暮らす家族・親族の被扶養者になっている場合もあります。)
- 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。

□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) シヤホ レイミ 社保 例美 (記入例)	※職業欄 (家族の記号・番号が ☑わからない場合は ○で囲んでください)
	(生年月日) 昭和・平成・令和 15年5月5日	
患者本人が18歳未満の場合は☑してください □18歳未満		
家族 ①	フリガナ (氏名) シヤホ レイジ 社保 例次 (記入例)	・年金 ・自営業(個人事業主、個人農家、個人漁業等) ・会社員、役員、団体職員 ・公務員、公的団体の職員 ・パート、アルバイト ・無職(家事、学生含む) ・ほか()
	(生年月日) 昭和・平成・令和 11年1月1日 (記号・番号) ※「同」または「別」に☑してください	
患者の記号・番号(保険証)と ☑同 □別 □わからない		

○以上で、【様式集②】世帯調書の記入は終了です。

→書類の準備ができれば、別冊②「保健所別の申請方法」で郵送先の確認をお願いします。

→書類の準備ができれば、別冊「保健所別の申請方法」で提出先の確認をお願いします。

記入例【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)	証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書【 様式集④ 】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。**

○令和7年1月から12月までの1年間に、患者本人(18歳未満の場合は保護者)に、次のページ(一覧表)の**非課税収入がなかった場合は「無」、ある場合は「有」、わからない場合は「わからない」に☑してください。**

〔「無」に☑した場合〕

○「☑無」の場合は記入終了です。本申告書を提出してください。

令和 8 年 7 月 1 日

非 課 税 収 入 申 告 書

宮城県知事 殿 (受給者番号) **9999999** (患者氏名) **宮城 太郎 (記入例)**

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。

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☑)

☑無 □有 □わからない

②「無」に☑した場合
記入は以上です。申請書と緒に提出してください。

〔「有」に☑した場合〕

○**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年中の給付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。(振込通知書等を紛失した場合は給付元にご相談ください。)

<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 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)公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月の給付額(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Ⅱ)で認定となります。
- 給付元(年金事務所や市町村の保険年金課など)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 2,500 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 2,500 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。

③「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Ⅱ)で認定となります。証明書類の提出省略(自己負担上限月額 2,500 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 2,500 円)の認定同意欄	
☑	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 2,500 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2,500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(10万円以下の場合は全額)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

記入例【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】世帯調書を記入時には、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月未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(記入例)	
(保護者・代理人氏名: 宮城 一郎(記入例))	
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(同意欄に☑)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	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、個人番号を利用して情報を照会することに同意する。 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"/>	書類を省略する患者、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)

患者本人が18歳未満の場合はおひとりで記入してください。18歳未満		記入欄 (○で囲む)	
家族 ①	フリガナ氏名	ミヤギ イチロウ 宮城 一郎 (記入例)	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 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 (記入例)	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Ⅱ)で認定となります。	
※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 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Ⅱ(自己負担上限月額2,500円)の認定となることに同意します。

※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。