D 申請に必要な書類

提出書類		留意事項等
全員が提出（複写はA4サイズ）	①臨床調査個人票（初めに取得）原本	・様式は疾病ごとに異なりますので同封していません。 ・同封の「E 医療機関（主治医や担当者）にご提示ください」を医療機関に見せ、作成をご相談ください（作成費用は医療機関により異なります）。 ・記載年月日から3か月以内のものが有効です。
	②申請書 B 原本	・同封の「B 特定医療費（指定難病）申請書」に必要事項を記入してください（本書裏面の記載例を参照）。 ・患者に代わり申請書類を持参する場合は委任欄の記載は不要です。
	③同意書 C 原本	・臨床調査個人票の研究利用の同意書 ・同意する場合、氏名等を記入。
	④保険情報が確認できる資料（資格確認書、資格情報のお知らせ等） 原本又は写し	・**国民健康保険、後期高齢者医療、国民健康保険組合はご家族分**の提出も必要です。 ・右下の＜別表＞の④を参照 ・健康保険未加入者は不要
	⑤受給者証（黄色） 原本又は写し	・特定医療費（指定難病）受給者証 ・有効期限が「～令和8年12月31日」と記載されたもの
	⑥自己負担上限額管理票（黄色）写し 又は 領収書等の医療費総額を証明するもの	・申請月を含む**過去 12 か月分**を提出してください（多くの方は、自己負担上限額管理票の冊子が**前年分含む複数冊必要**ですのでご留意ください。）。 7月中の申請 → 令和7年8月 ～ 令和8年7月分 8月中の申請 → 令和7年9月 ～ 令和8年8月分 9月中の申請 → 令和7年10月 ～ 令和8年9月分 ・審査時に、指定難病に係る医療費総額の状況から、「軽症高額該当※1」及び「高額かつ長期※2」への該当有無を確認するために使用します。 ・**自己負担上限額管理票に記載のある医療費の領収書等は、提出不要。管理票に記載のない医療費の領収書等はご提出ください。** ・当該書類が無い場合（紛失等）は、保健センター等までご相談ください。

マイナンバーカードによる申請はできません。（マイナポータルの保険証情報画面を印刷したものでも可）

＜別表＞を必ず確認してください

※1 軽症高額該当	※2 高額かつ長期
指定難病の重症度分類を満たさない方でも、特定医療費（指定難病）に係る医療費総額（保険適用前の10割分）が33,330円を超える月が、申請月を含む過去12か月間（発症月以降）に**3回以上**ある場合、**却下とならず更新の対象になります。**	自己負担上限額の区分がA3～A5の方で、特定医療費（指定難病）受給者証又は小児慢性特定疾病医療費受給者証を適用した医療費の総額（保険適用前の10割分）が50,000円を超える月が、申請月を含む過去12か月間に**6回以上**ある場合、**自己負担上限額が軽減されます。**

■■ 自己負担上限額 ■■ （単位：円）

区分	区分の基準		患者負担割合：2割 自己負担上限額（外来＋入院＋調剤＋訪問看護等） 一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
A0	生活保護		0	0	0
A1	市町村民税非課税（世帯）	本人年収：～82万6，500円	2,500	2,500	1,000
A2		本人年収：82万6，500円超	5,000	5,000	
A3	市町村民税課税：所得割7.1万円未満		10,000	5,000	
A4	市町村民税課税：所得割7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000	
A5	市町村民税課税：所得割25.1万円以上		30,000	20,000	

提出書類		対象者と提出書類
該当者のみ提出	⑦非課税収入を確認できる書類 原本 ★ 生活保護受給者は不要 ★「年収」は①公的年金等の収入金額、②合計所得金額（給与所得等）及び③非課税収入（障害年金や遺族年金等）の合計	対象者：令和8年度の市町村民税が非課税世帯であり、患者本人（18歳未満の場合は保護者）に、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の非課税収入がある方 ※対象となる収入はB裏面の「非課税世帯の申告事項」の欄参照 ※ただし、上記対象者の年収が82万6，500円超である場合は、B裏面の「非課税世帯の申告事項」で、「患者本人の年収が82万6，500円を超えます」の欄に ☑ することで、本書類の提出を省略できます。 提出書類：令和7年1～12月の支給額を確認できる書類（証書や支給通知等） ※年度単位の書類（振込通知書・額改定通知書等）の場合、**2年度分（令和6年度・7年度）**が必要です。 ※預金通帳は証明となりません。
	⑧自己負担上限額按分に係る書類 原本又は写し ★ 生活保護受給者は不要	対象者：世帯内で、同一の医療保険に加入している特定医療費（指定難病）、特定疾患医療費、小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる方 提出書類：対象者の現在使用している受給者証

＜別表＞ ④保険情報が確認できる資料（資格確認書、資格情報のお知らせ等） の提出対象者

保険種別	提出対象者・提出書類 ④保険情報が確認できる資料
国民健康保険	患者本人分＋ 同じ保険に加入している世帯全員分 ※義務教育の未修了者は省略可
後期高齢者医療 国民健康保険組合（医師・歯科医師・薬剤師・建設など）	患者本人分＋ 同じ保険に加入している世帯全員分 ※国民健康保険組合は世帯が別でも全員分
被用者保険（全国健康保険協会〇〇支部、〇〇共済組合、〇〇健康保険組合）	患者本人分のみ ※患者本人の保険情報が確認できる資料で被保険者の名前を確認できない場合は、被保険者分の保険情報が確認できる資料も必要

D

《 B 申請書の記載例 》

別紙様

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更・転入）

※ 該当する申請内容に○を付けてください。

受給者番号	申請疾病名	告示番号（札幌市記入）
※受給者証をお持ちの方	遺痕性太腸炎	97

「更新」に○をつけてください

※マイナンバーに変更があった方のみ記載してください

申請日時点の年齢を記載してください

患者	フリガナ	サッポロ　タロウ	年齢
	氏名	札幌　太郎	60 歳　昭和３９年６月１日
	マイナンバ		
	住所	（〒　000-0000　）（電話　000 ― 0000 ― 0000）	
		~~札幌市中央区大通西１９丁目　ＷＥＳＴ１９~~	〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目
	医療保険	札幌市中央区	記号・番号　（記号）※後期高齢は記載不要　国札チ　（番号）000-0000

日中につながる電話番号を記載してください

自己負担上限額の特例等（該当欄に☑）		
☑	高額かつ長期	医療費総額（１０割。上記指定難病及び小児慢性特定疾病の助成開始日以降の医療費。）が
☑	軽症高額該当	医療費総額 過去１年間
☐	人工呼吸器等装着	人工呼吸器 体外式補助
☐	世帯内按分	世帯内に、同じ医療保険で指定難病・小児慢性特定疾病等の支給認定を受けている者がいる場合
☐	生活保護（　受給者　・　境界層　）該当者　※該当するものに○	

【以前届け出ていただいている情報を印字】
住所・医療保険・医療機関等、印字された情報に変更がある場合は、余白に変更後の情報を記載してください（裏面も同様）
※住所変更があった場合は、裏面の送付先住所も変更してください

受診を希望する指定医療機関等	医療機関等の名称	所在地
	札幌○○病院	札幌市中央区＊＊＊＊＊＊＊＊

申請日時点で基準を満たしている場合は、同時申請が可能です。
詳しくは表面・左側のページの「※1 軽症高額該当」「※2高額かつ長期」をご確認ください。

器・高額長期（世帯按分）・医療機関変更・疾病変更・疾病追加

支給開始が適当と考えられる日（新規 又は 疾病変更・疾病追加の方のみ）	原則として記入は不要
登録者証	

申請者署名欄（※患者本人（18 歳未満の場合は保護者））	本申請書に記載のとおり、特定医療費の支給を申請します。	収受印（保健センター等）
	令和　年　月　日　札幌市長　様	
申請者氏名	札幌　太郎	
※申請者の住所・電話番号が、患者本人と異なる		
〒（　―　）　電話番号（		
住所		

患者本人の氏名を記載してください（18 歳未満の場合は保護者の氏名）。
押印は不要。申請者が患者本人の場合は住所・電話番号の記載も不要。

申請手続き等を委任する場合	書類の提出及び受領に関する権
	令和　年　月　日
代理人氏名	
〒（　―　）　電話番	
代理人住所	

申請者が、患者本人（18 歳未満の場合は保護者）以外の場合は、「代理人」への委任が必要です。
委任する場合は、代理人の氏名・住所・電話番号等を記載してください。

※申請者が患者本人であり、代わりに親族等が提出書類を持参するだけの場合は、委任は不要です（この欄の記載は不要）。

R８札幌市指定難病受給者証更新申請 D

【世帯 例】
・本人…国保加入
・妻　…同一世帯で国保加入
・子　…同一世帯で国保加入
・父　…同一世帯で後期高齢者

世帯員について、印字されていない項目に必要事項を記載してください

…バーは患者本人と同じ被用者保険に加入して…は被保険者（扶養状況欄の本人）のみ記入し、それ以外の医…加入している場合は患者本人と同じ種別の医療…加入している方について記入してください。
…の保護者の方は、医療保険の種別に関わらず、…ンバーを記入してください。

マイナンバー	続柄	年齢	医療保険の種別（※該当するものに○）	扶養状況（※被用者保険の方）	特定医療費の受給状況（※該当する場合に○）	小児慢性特定疾病医療の受給状況（※該当する場合に○）
札幌　太郎	患者本人	―	・被用者・国保組合・生活保護・国保・後期高齢	本人・被扶養	―	受給中・申請中
札幌　花子	患者本人の妻	60	・被用者・国保組合・生活保護・国保・後期高齢	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中
札幌　一郎	患者本人の子	30	・被用者・国保組合・生活保護・国保・後期高齢	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中
札幌　源三郎	患者本人の父	85	・被用者・国保組合・生活保護・国保・後期高齢	本人・被扶養	受給中・申請中	受給中・申請中
	患者本人の		・被用者・国保組合・生活保護			
			・被用者・国保組合・生活保護			
	患者本人の		・被用者・国保組合・生活保護			

過去にマイナンバー確認書類の提示がなかった方や、マイナンバーに変更があった方のみ記載してください

患者本人と同一の医療保険に加入している方が「特定医療費（指定難病）受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」をお持ちの場合、自己負担上限額が軽減されることがあります。（世帯内按分）この世帯では、
・子（一郎）　…　同一の保険に加入しており、軽減される
・父（源三郎）…　別の保険に加入しているため、軽減されない

非課税世帯の申告事項	市町村民税が非課税世
☐	患者本人（患者が 18 歳未満の場
	（自己負担上限額の区分は　“低所得Ⅱ
☑	患者本人（同上）の年収が８
	年収のうち、非課税収入（厚生
	・収入対象者　☐患者本人
	・前年の収入額［　750,000
	・収入の種類（該当する収入に☑の

【※この欄は住民税非課税の方のみが記入する欄です】
住民税が非課税の場合、令和7年の年収（※①公的年金等の収入金額、②合計所得金額（給与所得等）及び③非課税収入（障害年金や遺族年金等）の合計）が、82万6，500円を超えるかどうかで医療費の自己負担上限額が変わります。令和7年の年収が 82万6，500円を超えているか、☑を付けて申告してください。

非課税世帯で、患者本人の令和7年の年収が 82万6，500円を超えることが確実な場合は、　こちらに☑ してください。この場合、収入を証明する書類の提出は不要です。

年金	☐障害基礎年金 ☑障害厚生年金 ☐障害共済年金	☐遺族 ☐遺族 ☐遺族
手当金	☐障害手当金 ☐障害児福祉手当	☐特別障 ☐福祉手
その他	☐障害一時金 ☐特別障害給付金	☐労災・ ☐障

患者本人の令和7年の年収が 82万6，500円以下であり、該当する収入がある場合は、こちらに☑ をつけて、「前年の収入額」に金額を記載のうえ、金額を確認できる書類（年金の払込通知書等）を提出してください。

表面の住所と異なる送付先を指定する場合は①②③を記載

送付先住所	（表面住所と同じ場合は追記不要）表面住所と異なる場合、☐ 裏面を参照し、下記に必要事項を記入		
氏名	① 氏名	患者との関係	② 患者との関係
住所	（〒　~~000　0000~~　）（電話　③ 送付先の電話　）		
	~~札幌市中央区大通西１９丁目　ＷＥＳＴ１９~~	〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目	

項目に☑	同意しない場合
生活保護の受給情報、特定医療費及び小児慢性特	☐
…て、北…の特定…ことに同意します。	☐

同意しない場合のみ ☑ してください

【以前届け出ていただいている送付先の郵便番号・住所を印字】
■住所変更があり、表面の住所を修正した方
→本欄についても修正（修正漏れの場合は旧住所へ送付する可能性があります）
■表面の住所とは異なる送付先を指定している方
→送付先に修正があれば修正し、①宛名となる方の氏名
②患者との関係（続柄等）③電話番号を記載してください。