

新規申請に必要な書類

R 7.7.1～R 8.6.30 申請分

マイナンバーの提供を受けるにあたり、**患者本人以外の方が来所される場合は、来所者の身元確認を行います。**運転免許証やマイナンバーカード、パスポートなど身元の確認できるものを提示してください。

全員共通に必要な書類 ① ～ ⑥

他に、該当する方のみ必要な書類 ⑦ ～ ⑬
があります。

① 患者本人の個人番号カード（マイナンバーカード）又は通知カード（原本）

- ・紛失等でカードが無い場合は保健所まで御相談ください。
- ・通知カードは、記載事項に変更が無い場合、又は正しく変更手続きが取られている場合に限りです。
- ・患者本人が18歳未満の場合は保護者のカードも必要です。

② マイナンバーを記入する用紙【P7（第3面）】

P6『指定難病にかかる個人番号（マイナンバー）の確認について』（愛知県作成）を必ずご確認ください、P7の用紙『（第3面）』に必要な方のマイナンバーをあらかじめ記入してお持ちください。

なお、申請書の（第1面）（第2面）については来所時に申請窓口で記入していただきます。

③ 臨床調査個人票（診断書）

- ・難病指定医が作成したものに限りです。（指定医については医療機関にお問い合わせください。）
- ・申請日から遡って3か月以内に記載されたものをお持ちください。
- ・下記の疾患の場合、画像等の資料の添付をお願いします。画像等の添付がない申請は、医療機関への問い合わせにより審査に時間を要することとなります。

添付資料が必要な疾患

疾患 番号	疾患名	疾患 番号	疾患名
50	皮膚筋炎／多発性筋炎 （無筋症性皮膚筋炎のみ）	270	慢性再発性多発性骨髄炎
57	特発性拡張型心筋症	271	強直性脊椎炎
68	黄色靱帯骨化症	272	進行性骨化性線維異形成症
69	後縦靱帯骨化症	273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
70	広範脊柱管狭窄症	274	骨形成不全症
71	特発性大腿骨頭壊死症	275	タナトフォリック骨異形成症
85	特発性間質性肺炎 （肺生検実施者を除く）	276	軟骨無形成症
90	網膜色素変性症	301	黄斑ジストロフィー

④ 世帯全員の住民票（原本） 《請求先…市役所市民課 又は 各窓口センター》

- ・続柄・世帯主が記載されたものがが必要です。
- ・発行日から3か月以内のものをお持ちください。
- ・個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。

⑤ 公的医療保険の加入状況が確認できる書類 [提出対象者のもの]

提出対象者（誰の書類が必要か）

- ・患者本人が加入している公的医療保険の種別によって提出対象者が異なります。
必ずP 3 [⑤・⑥の提出対象者]を確認して準備してください。

必要書類

以下のいずれか

- ◆申請時点で有効な紙の健康保険証（原本）〈令和 7 年 12 月 1 日まで使用可能〉
- ◆医療保険の保険者から送付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」
- ◆マイナポータルの「資格情報画面」やダウンロードした PDF ファイルを印刷したもの

※マイナ保険証（健康保険証の利用登録が行われたマイナンバーカード）を所有しており、上記書類を提出できない場合は、個人番号を利用した情報連携により確認書類の提出を省略することができます。

患者本人以外の提出対象者の情報連携を希望する場合は、その方の個人番号（マイナンバー）が必要です。
また、来所時に情報連携についての同意書にご記入いただきます。

⑥ 令和 7 年度の市町村民税の課税状況が確認できる書類（原本） [提出対象者のもの]

提出対象者（誰の書類が必要か）

- ・患者本人が加入している公的医療保険の種別によって提出対象者が異なります。
必ずP 3 [⑤・⑥の提出対象者]を確認して準備してください。

必要書類

- ◆令和 7 年度 市町村民税（非）課税証明書《請求先…市役所資産税課 又は 各窓口センター》

※提出対象者全員が非課税の場合は、P 3 [⑥の提出対象者全員が非課税だった方へ]を必ず確認してください。

市町村民税が課税されている方は、下記の通知書・明細でも申請をすることができます。

ただし、2か所以上から収入を得ている方（給与収入も年金収入もある方等）は、“市町村民税（非）課税証明書”を提出してください。

◇令和 7 年度 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書（勤務先から個人に配布されている物）

- ・住民税が給与から天引きされている方に、6月頃勤務先から配布されています。
- ・市町村民税額が全て0円になっている場合は使えません。
- ・名古屋市等の政令指定都市が発行したものは使えません。
- ・保険種別が国保組合の方は使えません。

◇令和 7 年度 市民税・県民税 課税明細

- ・住民税を各自で納付されている方や、年金から天引きされている方に、6月頃市町村から郵送される納税通知書に同封されています。
- ・市町村民税が全て0円になっている場合は使えません。
- ・名古屋市等の政令指定都市が発行したものは使えません。
- ・保険種別が国保組合の方は使えません。

納税証明書・源泉徴収票・確定申告書では申請できません。

⑤・⑥ の提出対象者

公的医療保険の種別		提 出 対 象 者	
		⑤ 公的医療保険の加入状況が確認できる書類	⑥ 市町村民税の課税状況が確認できる書類
国民健康保険		同一世帯で 同じ国保に加入している方全員分	同一世帯で 同じ国保に加入している方全員分 中学生以下は省略可。 ただし収入がある場合は除きます。
後 期 高 齢		同一世帯で 後期高齢に加入している方全員分	同一世帯で 後期高齢に加入している方全員分
社会保険 全国健康保険協 会、共済組合、等	患者本人が 被保険者	患者本人	患者本人
	患者本人が 被扶養者	患者本人と被保険者 患者本人の書類で被保険者が確認できる 場合は、被保険者の分は省略できます。	被保険者 被保険者が非課税の場合は、 患者本人も必要です。
国 保 組 合 保険者名称が 「〇〇国民健康保険組合」 になっているもの		同じ国保組合に加入している方全員分	同じ国保組合に加入している方全員分 中学生以下の方も必要です。 “市町村民税(非)課税証明書” 以外は不可

※生活保護を受給しており公的医療保険に加入していない場合は⑤・⑥は不要です。

⑥ の提出対象者全員が非課税だった方へ

患者本人(※)の非課税証明書について、収入の申告がされていない証明書（下記参照）は申請に使えません。
市役所市民税課（西館2階）で収入の申告をした上で、市役所資産税課（東館2階）窓口で非課税証明書を取得してください。（窓口センターでは収入の申告はできません。）

収入の申告が必要なのは患者本人(※)だけです。

提出対象者の中に課税されている方がいる場合は申告の必要はありません。

(※)患者本人が18歳未満の場合はその保護者

《収入の申告がされていない証明書》

非 課 税 証 明 書

住 所 豊橋市今橋町1番地
氏 名 豊橋 太郎

生年月日 平成 年 月 日

相当年度	令和 6 年度（令和 5 年分）	種別控除額	Y*****	課 税 所 得 金 額	Y0
	収 入 金 額	所得控除額	Y*****	上記以外の課税所得金額	Y0

提出対象者全員が非課税だった場合のみ！

患者本人(※)の非課税証明書のこの欄に

『所得申告のない被扶養者』の記載がある場合は使えません

本人該当控除額 (所得金 全額 ひとりで生活)	Y*****	本人該当量	Y*****
基礎控除額	Y*****		
合計所得金額	Y0	所得控除合計	Y*****

備考：合計所得金額は、所得控除後の課税所得の金額が含まれます。

税額控除の内訳

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和 年 月 日

豊橋市長 長坂 尚登

東 市 印

非課税証明書について疑問のある方は、
市役所資産税課（東館2階）窓口で、こ
の案内を提示して相談してください。

窓口センターでは対応できない場合が
あります。

該当する方のみ必要な書類 ⑦ ～ ⑬

特に該当するかご確認ください。
該当する場合は認定の可能性が高くなるので
特例での申請をお勧めします。

★軽症高額特例に該当する方のみ

⑦ 軽症高額特例に該当することを証明する書類（医療機関の領収書・明細等）

申請をする月以前の12か月以内に、指定難病にかかる医療費総額（10割額）が33,330円を超える月（※）が3か月以上ある場合は、医療費総額（10割額）が確認できる領収書や明細等を添付することにより軽症高額該当（ホームページ本文「対象者」2）参照）として申請できます。

必要書類

◆医療機関（病院・薬局等）の領収書や明細等（医療費総額や診療保険点数が確認できるもの）

- ・申請をする月以前の12か月以内のものです。
ただし、「臨床調査個人票（診断書）」に記載されている“発症年月”より前のものは除きます。
- ・指定難病に関する医療等でかかったものに限りします。

（※）医療費総額（10割額）が33,330円を超える月とは…

医療保険の自己負担割合が3割の方……自己負担額が 10,000円を超える月

医療保険の自己負担割合が2割の方……自己負担額が 6,670円を超える月

医療保険の自己負担割合が1割の方……自己負担額が 3,330円を超える月

★同一保険証世帯の方全員が市町村民税非課税で、
患者本人（※）に下記の年金・手当等の収入がある方のみ

（※）患者本人が18歳未満
の場合はその保護者

⑧ 令和6年中の下記の年金・手当等の受給金額が分かる書類

P2『⑥ 令和7年度の市町村民税の課税状況が確認できる書類』の提出対象者が全員非課税だった場合、階層区分の算定の為に患者本人の収入を確認します。

令和6年中に、患者本人（※）が以下の年金・手当等を受給していた場合は、令和6年中の受給金額が分かる書類を提出してください。

必要書類

令和6年1月～12月までの1回当たりの受給金額が全て確認できる書類 以下のどちらか

- ◆受給金額が分かる“受給証書”や“年金額改定通知書”等
- ◆振り込まれている口座の通帳

◎障害年金、遺族年金、寡婦年金

◎労災障害補償給付

◎特別児童扶養手当

◎障害児福祉手当

◎特別障害者手当

◎国民年金法等の一部を改正する法律附則第97条第1項の規定による福祉手当

★同一保険証世帯内に、他に

“特定医療費受給者”や“小児慢性特定疾病受給者”がいる方のみ

⑨ その方の「特定医療費受給者証」又は「小児慢性特定疾病受給者証」

医療保険上の同一世帯内に複数人の受給者がいる場合は、自己負担上限額が軽減されます。
住民票上の同一世帯であっても、別の医療保険に加入している場合は対象になりません。

★小児慢性特定疾病の支給認定を受けており、高額かつ長期特例に該当する方のみ

⑩ 高額かつ長期特例に該当することを証明する書類（医療機関の明細等）

申請をする月以前の12か月以内に、小児慢性特定疾病でかかった医療費総額（10割額）が50,000円を超える月（※）が6か月以上ある場合は、医療費総額（10割額）が確認できる明細等を添付することにより、階層区分が「一般Ⅰ」「一般Ⅱ」「上位」の方の自己負担上限額が軽減されます。（ホームページ本文「給付内容について」の「自己負担上限額表」（※1）参照）

必要書類

◆医療機関（病院・薬局等）の明細等（医療費総額や診療保険点数が確認できるもの）

- ・申請をする月以前の12か月以内のものです。
- ・小児慢性特定疾病でかかったものに限りです。

★指定難病に起因する腎機能障害で特定疾病療養受療証をお持ちの方のみ

⑪ 特定疾病療養受療証

★生活保護を受給している方のみ

⑫ 生活保護受給証明書 《請求先…市役所生活福祉課》

★境界層該当者の方のみ

⑬ 境界層該当証明書 《請求先…市役所生活福祉課》

境界層とは、自己負担上限額を軽減すれば、生活保護を要しない状態となる方です。
境界層に該当するかどうかは市役所生活福祉課の担当者にお問い合わせください。

指定難病にかかる個人番号（マイナンバー）

の確認について

○ マイナンバーの記入について

特定医療費(指定難病)の支給認定申請におかれましては、難病の患者に対する医療等に関する法律(いわゆる「難病法」)施行規則の定めるところにより、患者ご本人及び支給認定基準世帯員のマイナンバーを申請書に記載することとなっております。

本県では、支給認定基準世帯員のマイナンバーにつきましては、記載されていない場合であっても、申請を受理するものとして運用しておりますが、令和6年12月からマイナ保険証を基本とする仕組みに移行したことに伴い、今後マイナンバーの利用(※)の増加を想定していることから、難病法施行規則の規定に基づき支給認定基準世帯員のマイナンバーを申請書第3面にご記載いただきますよう、御協力をお願いいたします。

なお、申請窓口で患者ご本人以外の支給認定基準世帯員のマイナンバーの確認(マイナンバーカード等との突合)は行いませんので、記載誤りの無いよう十分御注意ください。

※利用例

県が患者ご本人又は支給認定基準世帯員の保険加入関係を市町村等に照会する。

マイナンバーの記入が必要な範囲は以下のとおりです。

(加入している保険によって異なりますので事前に確認をお願いします。)

加入している公的医療保険		マイナンバーの記入が必要な範囲
国民健康保険(市町村国保) 国民健康保険組合		・患者及び同じ住民票上で、同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分
後期高齢者医療制度		・患者及び同じ住民票上で、後期高齢者医療制度に加入している方全員分
被用者保険 ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など	患者本人が被保険者の場合	・患者本人のみ
	患者本人が被扶養者の場合	・患者本人の分 ・被保険者の分

※この表のうち、患者ご本人以外の方を「支給認定基準世帯員」といいます。

区分	氏名	続柄	個人番号
患者			
申請者（保護者が申請する場合）			
支給認定基準世帯員			

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 支給認定の変更の申請をする場合は、患者の氏名、居住地及び電話番号、受給者番号及び変更の必要が生じた事項並びに患者の保護者が申請をする場合にあっては、当該保護者の氏名、居住地、電話番号及び当該患者との続柄を記入すること。