

## 特定医療費(指定難病)受給者証の

### 更新手続きのご案内

お持ちの特定医療費(指定難病)受給者証(以下「受給者証」といいます。)は、まもなく有効期間が終了しますので、更新手続きをおとりください。

【目次】	ページ
1 申請窓口 .....	1
2 申請受付期間 .....	1
3 審査の流れ .....	2
4 手続きに必要な書類 .....	3
5 各種必要書類について .....	4~17
6 「軽症かつ高額」又は「高額かつ長期」について .....	18~21

ご不明な点がございましたら、以下のいずれかへお問合せください。

#### 【問合せ先】

- ① お住まいの区市町村担当窓口  
(別紙:【難病・肝炎医療券の手続窓口一覧】参照)
- ② 東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課  
(本申請に関すること) 03-5320-4004
- ③ 東京都福祉保健局ホームページ  
(以下のURLをご参照いただくか、「東京都 難病」で検索してください。)
  - ・ 申請手続きについて  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/portal/seido/shinsei.html>
  - ・ 指定医一覧について  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/portal/shiteii/ichiran.html>
  - ・ 「軽症かつ高額」について  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/portal/seido/keisyokogaku.html>
  - ・ 「高額かつ長期」について  
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/nanbyo/portal/seido/kogakuchoki.html>

## 1 申請窓口

患者さんがお住まいの区市町村の窓口(同封の「難病・肝炎医療券の手続窓口一覧」をご覧ください。)へ申請書類を提出してください。

また、新型コロナウイルスの感染拡大の状況等により、区市町村によっては、郵送による受付を行っている場合もあります。詳しくは、お住まいの区市町村の窓口にご相談ください。

## 2 申請受付期間

受付期間は受給者証の有効期限ごとに異なります。お間違えのないようご確認ください。

受給者証の有効期限	受付開始日	受付期限※
令和4年11月30日	令和4年7月1日(金曜日)	令和4年9月2日(金曜日)
令和4年12月31日	令和4年8月1日(月曜日)	令和4年9月30日(金曜日)

(なお、受給者証のほかに医療券をお持ちの方は、それぞれの受付期間に手続きをしてください。)

### 【※受付期限について】

受付期限までに申請を行った方には、受給者証の有効期限が切れる前に新しい受給者証をお送りする予定です(ただし、提出書類に不備等があった場合は、受給者証の有効期限が切れる前に新しい受給者証をお送りできないことがあります。)

受付期限を過ぎても、申請は可能です。ただし、申請から受給者証の発行まで、通常3か月程度かかりますので、受給者証の有効期限が切れる前に、お手元に新しい受給者証が届かない可能性が高くなります。

現在お持ちの受給者証に記載されている有効期限までに申請が受付された場合は、新しい受給者証の有効期間は、お手持ちの受給者証の有効期限の翌日からとなります。受給者証がお手元に届くまでの間は、受診等の際に医療費等をいったん立て替えていただき、受給者証が届いた後に払い戻しの請求手続きをしていただくこととなります。

※ 受給者証の有効期限を過ぎてから申請が受付された場合は、新たな有効期間の開始は申請日からとなりますのでご注意ください。

例: 受給者証の有効期限が11月30日の方で、更新申請が12月6日に受付された場合  
⇒ 新しい受給者証の有効期間は12月6日からとなります。12月1日から12月5日までに支払った医療費等は払い戻しの対象となりません。

ただし、新型コロナウイルスの感染拡大の状況を踏まえ、有効期限を過ぎてからの申請でも、更新後の有効期間の開始日が有効期限の翌日からとなる場合がございますので、適宜表紙に記載の東京都福祉保健局ホームページを御確認ください。

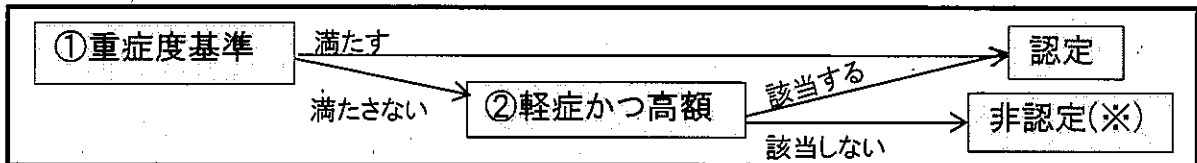
(なお、受給者証の有効期限から6か月を経過する日までは、更新手続きが可能です。)

- 現在お持ちの受給者証に記載されている内容に変更がある(保険が変わった、「高額かつ長期」に該当するようになった等)場合は、更新申請とは別に、速やかに変更の手続きを行ってください(手続に必要な書類は、お住まいの区市町村の窓口にお尋ねください。)

### 3 審査の流れ

医療費助成の更新申請は、以下の①又は②のいずれかに該当するかを審査します。いずれにも該当しない場合は非認定(※)になります。

- ① 臨床調査個人票の重症度基準(症状の程度の基準)を満たしている
- ② 更新申請する月を含めた過去12か月以内に、申請した難病に係る医療費等総額が33,330円を超える月が3か月以上ある(=「軽症かつ高額」、詳しくは18ページをご覧ください。)



#### 【※非認定になった場合】

東京都から非認定通知書を交付した日以降に、再申請の手続きを行うことができます(原則として、非認定通知書の交付日から1年を経過する月の末日まで)。

再申請の際には、臨床調査個人票に代えて、次の書類が必要となります。

- ・非認定通知書の写し
- ・「軽症かつ高額」の基準を満たすことが確認できる書類

非認定の場合、再申請の手続きを速やかに行うためには、非認定通知書を速やかに交付する必要があります。更新申請の時点で「軽症かつ高額」の基準を満たさないことが明らかな場合には、今回の更新申請書には「軽症かつ高額」に該当しない。」にチェックをお願いします(4ページの記入例をご参照ください。)

また、再申請が認定された場合、受給者証の有効期間は、区市町村窓口が再申請を受理した日からとなりますので、ご注意願います。

非認定通知書の交付には時間を要するため、交付を待たず(今回の更新申請を取り下げた場合)、改めて更新申請をされる場合は、臨床調査個人票が必要となります。再度、更新申請をご検討の際は、手続方法が異なりますので、東京都又はお住まいの区市町村窓口にご相談ください。

#### 4 手続に必要な書類

○ 各書類の記入方法など、詳しくは該当のページをご覧ください。

##### 【全ての方が提出する書類】(①～③)

	書類名	記入方法等
<input type="checkbox"/>	①特定医療費支給認定申請書 (同封の書類)	4～5ページ
<input type="checkbox"/>	②臨床調査個人票 (同封の書類)	6ページ
<input type="checkbox"/>	③個人番号に係る調書 (同封の書類)	6～9ページ

##### 【該当する方のみ提出する書類】(④～⑬)

	書類名	対象者・記入方法等
<input type="checkbox"/>	④ 住民票	10ページ
<input type="checkbox"/>	⑤ 健康保険証の写し	10～11ページ
<input type="checkbox"/>	⑥ 保険者からの情報提供にかかる同意書 (同封の書類)	11ページ
<input type="checkbox"/>	⑦ 世帯の所得を確認するための書類	11～13ページ
<input type="checkbox"/>	⑧ 公的年金等の収入等に係る申出書 (同封の書類)	13～15ページ
<input type="checkbox"/>	⑨ 生活保護受給証明書	16ページ
<input type="checkbox"/>	⑩ 指定難病に係る医療費等の総額が確認できる書類	16ページ
<input type="checkbox"/>	⑪ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し (申請日時点で有効なもの)	16ページ
<input type="checkbox"/>	⑫ 世帯員の特定医療費(指定難病)受給者証の写し (申請日時点で有効なもの)	16ページ
<input type="checkbox"/>	⑬ 委任状 (同封の書類)	16～17ページ

##### 【窓口で提示する物】(⑭～⑯)

	書類名	具体例等
<input type="checkbox"/>	⑭ 身元確認に必要な物	17ページ
<input type="checkbox"/>	⑮ 個人番号の確認に必要な物	17ページ
<input type="checkbox"/>	⑯ 法定代理人であることを証明する書類	17ページ

5 各種必要書類について

【全ての方が提出する書類】

① 特定医療費支給認定申請書（同封の書類）

【記入例】

特定医療費支給認定申請書（更新）

				公費負担者番号	
				受給者番号	
変更のある項目につ	フリガナ	トウ	キョウ	タ	ロウ
	氏名	東	京	太	郎
	郵便番号	163-8001	電話番号	090-9999-9999 03-0000-0000	生年月日
	住所	東京都新宿区西新宿2丁目8番1号			平成14年1月1日 17歳
	性別	男			
	保険種別 記号	トウ 東		キョウ 京	イチ ロウ 郎
	保険者番号 番号	163-8001			
	病名	①〇〇病			
	その他 申請情報	<input type="checkbox"/> 「軽症かつ高額」に該当しない 更新申請日の属する月以前の12ヶ月間の医療費総額が50,000円を超え、かつ更新申請日の属する月以前の12ヶ月間の医療費総額が50,000円を超える月が3回以上あるため、「軽症かつ高額」に該当しない場合のみ、チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している。 <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓を使用している。 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患の医療費助成も受けている。			

印字内容に変更がある場合は、**二重線で訂正**してください。

今回難病医療費助成を申請する病名を記入してください(人工透析、先天性血液凝固因子欠乏症等、B・C型ウイルス肝炎は除く。)

患者が18歳未満の場合は、必ず「③個人番号に係る調査」の「保護者」欄に記入した保護者の氏名及び続柄を記入してください(保護者以外の氏名が印字されている場合は、二重線で訂正してください。)

枠内は該当する場合のみ、を付けてください。

在宅酸素療法の方及び一日中施行ではない方等は対象外です。施行状況等については、「②臨床調査個人票」に医師による記載が必要です。

ペースメーカーの方は対象外です。

**【軽症かつ高額】**  
上記病名の医療費がこの欄記載の額及び月数を満たさないため、「**軽症かつ高額**」の審査を希望しない場合に、を付けてください(詳しくは、18~21ページをご覧ください。)

**【高額かつ長期】**  
負担上限月額が軽減される可能性があるため、上記病名の医療費がこの欄記載の額及び月数に達する場合は、を付けた上で、自己負担上限額管理票の写し等を提出してください(詳しくは、19~21ページをご覧ください。)

住民票上の世帯が同一であっても、患者と医療保険が異なる方については記載しないでください。また、住民票上は別世帯であっても同じ医療保険に加入している方は記載してください。

患者と医療保険上の同一世帯に難病医療費助成を受給している方がいる場合に記載してください(人工透析、先天性血液凝固因子欠乏症等、B・Cウィルス肝炎助成等その他制度は対象外です。)

世帯に関する情報	患者と同じ医療保険に加入している者	氏名	東京 花子		
	※医療保険の種類が、協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。	氏名	東京 一郎		
		氏名			
		氏名			
上記の者のうち右に該当している者	難病の医療費助成を受けている者	フリガナ	トウキョウ イロウ	生年月日	年 月 日
		氏名	東京 一郎	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇
	小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者	フリガナ			月 日
		氏名			

↑患者と同じ医療保険に加入している者で

患者と医療保険上の同一世帯に小児慢性特定疾病の医療費助成を受給している方がいる場合に記載してください。

受診を希望する医療機関等	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局		
	① 名称	東京 病院	利用状況	回/月
	所在地		利用状況	
	種別	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局	利用状況	
	② 名称		利用状況	1 回/月
	所在地		利用状況	
③	種別	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護事業所	利用状況	
	名称	東京訪問看護ステーション	利用状況	回/月
	所在地	東京都〇〇	利用状況	

**記載不要**

その他	介護認定	<input checked="" type="radio"/> 有 (要)	級)
	医療処置	<input checked="" type="radio"/> 有 (人)	助が必要
	生活・療養の状況	③ 生活の介助不 ア. 就労 オ. その他	)

更新後の受給者証には、医療機関等の個別の名称は記載されません。(一律、「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」とのみ、記載されます。)

このため、「受診を希望する医療機関等」の欄は、記載・修正等は一切、不要です。

\* 都道府県・政令指定都市の指定した医療機関等であれば受給者証を使用できます。



【個人番号等の記入が必要な方】

○情報連携により、住民票及び住民税(非)課税証明書等の提出を省略する場合

⇒ 患者本人に加えて、加入する医療保険の種類ごとに、下の図を参考にして必要な方(図の網掛けされている方)全員の個人番号等の記入が必要です。

○情報連携を希望しない場合(住民票及び住民税(非)課税証明書等は省略できません。)

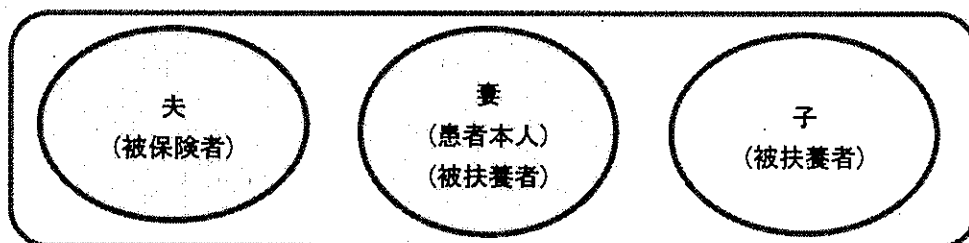
⇒ 患者本人及び保護者(患者が18歳未満の場合のみ)の個人番号等を記入してください。

■ 会社の健康保険などの被用者保険(※)

患者本人と健康保険証に「被保険者」と記載されている方の個人番号等を記入してください。

※ 具体例:健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合、船員保険、日雇保険

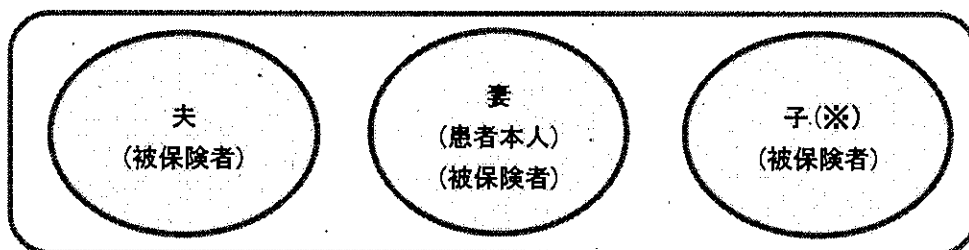
<例:患者本人が配偶者の被用者保険の被扶養者で、子も同一保険の場合>



■ 国民健康保険、国民健康保険組合又は後期高齢者医療制度

患者と同じ医療保険に加入している、患者と同じ住民票上の世帯全員(注)の個人番号等を記入してください。

<例:患者本人が国民健康保険に加入しており、同じ住民票上にいる配偶者と子も国民健康保険に加入している場合>



※ 令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で義務教育を修了していない子の個人番号等は不要です。

※ 国民健康保険でマル学又はマル遠の方は、住民票上別の世帯でも同じ医療保険に加入している方(同じ記号・番号の方)全員の個人番号等を記入してください。

(注)「国民健康保険組合」の場合、医療保険上の同一世帯の方については、住民票が別であっても、記載してください。ただし、12ページの(注3)に該当しない場合、情報連携による書類提出の省略はできません。

■ 生活保護受給者(被用者保険加入者は除く。)

患者本人及び保護者(患者が18歳未満の場合)の個人番号等を記入してください。



なお、個人番号の調書に記載が必要な方の中に令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で国外に滞在していた方がいる場合、その方も含めて必要な方全員分の個人番号等を記入してください。

また、該当の方については、令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で国内に在住していなかったことが確認できる書類の提出が別途必要になります(詳しくは、13ページをご覧ください。)

**【記入例1:患者本人が18歳以上で、情報連携を希望する場合】**

申請書提出日:令和〇年〇月〇日			指定難病用		
個人番号に係る調書					
フリガナ	トウキョウ	イチロウ	生年月日	M・T・S(H)R 1年1月1日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	東京	一郎			
申請時住所	(〒163 - 8001)	東京都新宿区西新宿2-8-1			
患者	課税等区市町村等 ※1	(〒000 - 0000)	※申請時住所と異なる場合のみ記入		
受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	ハナコ	生年月日	M・T・S(H)R 41年1月1日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	花子	同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。			
申請時住所	(〒 - )	都府	区町		
課税等区市町村等 ※1	(〒 - )	道県	市村		
個人番号 (マイナンバー)	▲	▲	▲	▲	▲
フリガナ					
氏名					
申請時					
氏名					

令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)に住所があった区市町村名を(申請時住所と異なる場合のみ)記載してください。

書類を記入した日ではなく、必ず申請書類を窓口に出す日を記載してください(誤った日付を記載した場合、自己負担上限額の算定の際に不利益が生じる場合があります。)

患者と同じ医療保険に加入している者

世帯の所得を確認するための書類の提出を省略される場合、必ず申請書右上の「世帯に関する情報」欄に記載している方※全員の個人番号等を記載してください。

- ※ 患者と同じ医療保険に加入されている方
  - ⇒ 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は、保険証の記号・番号が同一の方(注)
  - ⇒ 後期高齢者医療保険制度の場合は、同一保険で住民票上同一世帯の方
  - ⇒ 被用者保険の場合は、被保険者のみ(患者本人が被保険者の場合は世帯員欄は記載不要)

ただし、令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で義務教育を修了していない子は記載不要です。

(注)国民健康保険組合の場合、保険者によっては、患者と同じ医療保険に加入していても、記号・番号が同一ではない場合があります。

【記入例2:患者本人が18歳未満で、情報連携を希望する場合】

(新規 **更新**) ※審査に必要な方のマイナンバーが全員分ない時には、添付書類の省略はできません。 (東京都疾病対策①)

申請書提出日: 令和〇年〇月〇日 指定難病用  
個人番号に係る

フリガナ	トウキョウ	タロウ	生年月日	M・T・S (H)R	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	東京	太郎		20年1月1日		
		(〒8001)				
	新宿区西新宿					
	(〒0000)					
	と異なる場合のみ記入					

患者が18歳未満の場合、必ず「保護者」欄を記載してください(申請書の「申請者(医療券の送付先)」欄にも同じ人を記載してください。)

書類を記入した日ではなく、必ず申請書類を窓口に提出する日を記載してください(誤った日付を記載した場合、自己負担上限額の算定の際に不利益が生じる場合があります。)

フリガナ	トウキョウ	イチロウ	生年月日	M・T・S (H)R	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	東京	一郎		50年3月1日		

保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)

申請時住所  ←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。  
(〒 - )

課税等区市町村等 ※1 (〒000 - 0000) 埼玉

※申請時住所と異なる場合のみ記入

受給者番号 (お持ちの方のみ)

個人番号 (マイナンバー)

「保護者」欄に記載した保護者以外の方が窓口を持参される場合に記載してください。また、その場合、同封の委任状も提出してください。

フリガナ	トウキョウ	ハナコ	生年月日	M・T・S (H)R	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	東京	花子		53年1月1日		

代理人 (代理申請の場合のみ記入)

住所 (〒163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1

電話番号 03 - ◆◆◆◆ - ◆◆◆◆

フリガナ	トウキョウ	ハナコ	生年月日	M・T・S (H)R	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	東京	花子		53年1月1日		

患者と同じ医療保険に加入している者

一人目

申請時住所  ←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。  
(〒 - )

課税等区市町村等 ※1 (〒000 - 0000) 埼玉 都道府県 さいたま 区市町村

※申請時住所と異なる場合のみ記入

個人番号 (マイナンバー)

二人目

フリガナ

氏名

申請時住所  ←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。  
(〒 - )

課税等区市町村等 ※1 (〒 - )

※申請時住所と異なる場合のみ記入

個人番号 (マイナンバー)

令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)に住所があった区市町村名を(申請時住所と異なる場合のみ)記載してください。

「保護者」欄に氏名、生年月日、個人番号等を記載した方は、「患者と同じ医療保険に加入している者」欄に再度の記載は不要です。  
(例:父(一郎)は本人(太郎)と同じ医療保険に加入しているが、「保護者」欄に記載済みのため「二人目」欄への記載は不要)

**【該当する方のみ提出する書類】**

**④ 住民票**

○ 以下のア又はイに該当する方は提出してください。ただし、「**③個人番号に係る調書**」を提出し、マイナンバー制度を利用した情報連携を希望する場合(※)は、提出を省略できます。

また、生活保護を受けている方は提出不要です。

ア 国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療制度のいずれかに加入している。

イ 被用者保険(会社の健康保険等)に加入しており、住所又は氏名に変更がある。

※ 情報連携を希望した場合でも「③個人番号に係る調書」の記載等に不備がある場合(世帯員の方の記載が不足している場合など。詳しくは6～9ページをご覧ください。)、後日改めて住民票をご提出いただく必要があります。

○ 提出する住民票は以下の要件を満たすものとしてください。

- ・ 発行日から3か月以内のもの
- ・ 患者(又は保護者)及び当該患者と同一世帯の方全員が記載されており、続柄の記載があるもの
- ・ マイナンバーの記載がないもの

○ 住所や氏名に変更があり、現在お持ちの受給者証の有効期間内から受給者証の記載内容の変更を希望される場合は、更新申請とは別に、速やかに変更の手続きを行ってください(手続きに必要な書類は、お住まいの区市町村の窓口にお尋ねください。)

**⑤ 健康保険証の写し**

○ 難病医療費助成制度の負担上限月額は、患者と同じ医療保険に加入する人で構成される世帯の保険料算定対象者(以下「支給認定基準世帯員」といいます。)の住民税(区市町村民税)額により算定されるため、申請時に現在加入している医療保険の情報について確認しています。

○ 医療保険に加入している患者は必ず提出してください。また、加入している医療保険等により、本人以外の方の健康保険証の写しが必要になる場合があります。健康保険証の写しが必要な方は次表のとおりです。必要な方の分をご用意いただき、申請の際に提出してください。

※ 患者が高齢受給者証をお持ちの場合はその写しも添付してください。

患者が加入している医療保険	提出する健康保険証の写し
被用者保険 (会社の健康保険など)	○ 患者本人 ○ 被保険者(患者が被扶養者で、患者の保険証で被保険者が明らかでない場合のみ) ※ 患者本人の現住所の記載部分も添付してください(裏面に記載がある場合は、裏面の写しもご提出ください。)。

患者が加入している医療保険	提出する健康保険証の写し
国民健康保険	○ 患者本人 ○ 患者と同じ医療保険に加入している方(同じ記号・番号の方)全員
国民健康保険組合※	
後期高齢者医療制度	○ 患者本人 ○ 患者と同じ住民票上の世帯に属し、患者と同じ医療保険に加入している方全員

※ 「国民健康保険組合」の場合、保険者によっては、患者と同じ医療保険に加入していても、記号・番号が同一ではない場合があります。

○ なお、保険証の内容が変わった場合は、更新申請とは別に、速やかに変更の手続きを行ってください(手続きに必要な書類は、お住まいの区市町村の窓口にお尋ねください。)

### ⑥ 保険者からの情報提供に係る同意書 ( 同封の書類 )

- 特定医療費(指定難病)受給者証には、医療保険制度における適用区分を記載しています。適用区分を確認するには、加入している医療保険の保険者から情報提供を受ける必要があるため、更新申請時に「保険者からの情報提供にかかる同意書」を提出していただくことがあります。
- 提出が必要な方は、以下のいずれかに該当する方です。
  - ア 国民健康保険組合に加入している方
  - イ 国民健康保険に加入している方で、保険者番号、記号、番号のいずれかに変更があった方
  - ウ 国民健康保険に加入している方で、受給者証の有効期限を過ぎてから更新申請する方(例:有効期限が令和4年11月30日で、令和4年12月1日以降に申請)
  - エ 国民健康保険以外の医療保険から、国民健康保険に変更になった方

### ⑦ 世帯の所得を確認するための書類

加入する保険等により必要な書類が異なります。次ページの表に従ってご提出ください。(生活保護を受け、保険等に加入していない方は提出不要です。)

なお、「③個人番号に係る調書」を提出し、マイナンバー制度を利用した情報連携を希望する場合(注1)や、階層区分が「上位所得」(区市町村民税の所得割額が25.1万円以上)となることが明らかな場合で、その旨の承諾をいただいた場合(注2)は、上記書類の提出を省略できます(ただし、次ページの表で「原本」が必要な方については、省略できません。)

(注1) 情報連携を希望した場合でも「③個人番号に係る調書」の記載等に不備がある場合(世帯員の方の記載が不足している場合など。詳しくは6～9ページをご覧ください。)、後日改めて所得を証明する書類をご提出いただく必要があります。

(注2) 該当の方は受付窓口でお申し出ください。

- 1 住民税課税(非課税)証明書(令和4年度分)
- 2 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書の写し(令和4年度分)
- 3 住民税の税額決定通知書(普通徴収の方)の写し(令和4年度分)

患者が加入する医療保険	所得の証明書類が必要な方	提出する書類
被用者保険 (会社の健康保険など)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者</li> <li>○ 患者本人(患者が被扶養者で、かつ、被保険者が非課税の場合のみ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者が住民税課税者の場合は、上記の1～3のいずれか(被保険者分のみ)</li> <li>○ 被保険者が住民税非課税の場合は、上記の1の<b>原本</b></li> </ul>
国民健康保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者本人</li> <li>○ 患者と同じ医療保険に加入している方(同じ記号・番号の方)全員(注1)</li> </ul>	上記の1～3のいずれか(注2)
国民健康保険組合		<u>上記の1の原本(注3)</u>
後期高齢者医療制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者本人</li> <li>○ 患者と同じ住民票上の世帯に属し、患者と同じ医療保険に加入している方全員</li> </ul>	上記の1～3のいずれか

(注1) 「国民健康保険組合」の場合、保険者によっては、患者と同じ医療保険に加入していても、記号・番号が同一ではない場合があります。

(注2) 令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で義務教育を修了していない子については課税(非課税)証明書の添付は不要です(国民健康保険組合の場合は、原則、義務教育を修了していない子の証明書類の**原本**も必要です。)

(注3) 上記1の原本を、以前に東京都福祉保健局 疾病対策課 難病認定担当に提出済みの場合のみ、原本ではなく、写しでも結構です。この場合、令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)で義務教育を修了していない子については、課税(非課税)証明書の「写し」の添付は不要です。

【各階層区分の基準と区分ごとの負担上限月額】

(単位:円)

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額		
			一般	高額かつ長期(※)	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0		
低所得Ⅰ	区市町村民税 非課税(世帯)	本人年収 80 万円以下	2,500		
低所得Ⅱ		同 80 万円超	5,000		
一般所得Ⅰ	区市町村民税 課税(世帯)	区市町村民税(所得割) 7.1 万円未満	10,000	5,000	1,000
一般所得Ⅱ		同 7.1 万円以上 25.1 万円未満	20,000	10,000	
上位所得		同 25.1 万円以上	30,000	20,000	

※ 「高額かつ長期」の制度については 19～21ページを参照してください。

**保険料算定対象者が国外に滞在していたため、住民税課税額が算定されない場合**

保険料算定対象者が令和3年1月1日時点(令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は令和4年1月1日時点)において国外にいたため、住民税課税額が算定されない場合、次の1～3のいずれかの書類をご用意ください。

- 1 上記の日を含む期間に滞在していた外国名が記載された戸籍の附票
- 2 仕事で駐在していた場合は、上記の日を含む期間に国外に駐在していたことを示す会社の証明書
- 3 上記の日を含む期間に日本を出国していたことが確認できるパスポートの写し

提出された書類で国内に在住していなかったことが確認できる場合、所得区分は「一般所得Ⅰ」(※)で算定されます。確認できる書類が提出されないときは、「上位所得」で算定されます。

※ 国内にも保険料算定対象者がいる際には、その方の住民税課税額に応じて「一般所得Ⅰ」・「一般所得Ⅱ」・「上位所得」のいずれかで算定されます。

**⑧ 公的年金等の収入等に係る申出書（同封の書類）**

- 以下のア又はイに該当する方は提出してください。  
なお、生活保護を受けている方は、提出不要です。
  - ア 「③個人番号に係る調書」を提出して「⑦世帯の所得を確認するための書類」の提出の省略を希望される方
  - イ 支給認定基準世帯員が全て住民税非課税の方
- 支給認定基準世帯員がすべて住民税非課税の場合、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の年収が80万円以下か80万円超かで負担上限月額が変わります。
- 所得階層の算定のため、同封の「⑧公的年金等の収入等に係る申出書」に、患者本人(患者が18歳未満の場合はその保護者)の収入等について、該当する項目をチェックの上、提出してください(15ページの記入例をご参照ください。)
- 申出書に示す各収入がある(申出書の「2」にチェックした)場合は、その収入金額を証明する書類も併せて提出してください(証明書類は、下表を参照。)  
なお、各収入を合計して80万円超であることが明らかな場合は、申出書の「3」にチェックし、収入金額を証明する書類の提出を省略することができます。

※ 「公的年金等の収入等に係る申出書」自体の提出がなく収入額が不明な場合、又は申出書の「2」にチェックしても申出書に記載の収入額を証明する書類の提出がない場合は、支



給認定基準世帯員が全て住民税非課税であれば「低所得Ⅱ」で算定されることがあります。  
あらかじめご了承ください。

内容	証明書類(注)
障害年金	年金振込通知書、年金支払通知書、年金額改定通知書又は年金決定通知書・支給額変更通知書 (それぞれ写しで可)
遺族年金	
寡婦年金	
特別障害給付金	
労災保険による障害補償に関する給付	労働基準監督署又は障害補償給付を決定する機関の証明書、支給決定通知書の写し(金額が記載されているもの)
特別児童扶養手当、障害福祉手当	手当証書の写し、区市町村からの支給決定額に係る通知書の写し
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	

注1 証明書類は、いずれも、令和3年中(令和3年1月1日から同年12月31日まで)の収入金額がわかる書類を添付してください。

注2 月単位、隔月単位、年に満たない単位で送付されるものについては、対象期間(令和3年1月1日から同年12月31日まで)内の直近のものみの添付で足りることとします。ただし、添付する確認書類で対象期間(令和3年1月1日から同年12月31日まで)に受給した全ての金額が確認できない場合、確認書類の余白に合計金額を記載してください。

注3 住民税の課税(非課税)証明書、住民税の課税(非課税)決定通知、通帳の写しにより内容が確認できるものについては、それらの書類をもって、証明書類に代えることができます。

注4 この表に掲げる証明書類以外で確認できるものがありましたら、お問い合わせください。

# 記入例

実施細目別記第2号様式

## 公的年金等の収入等に係る申出書

この申出書は、患者さんの自己負担上限額の階層区分を審査する時に利用します。区市町村民税非課税世帯（以下「非課税世帯」という。）に属する方は、本申出書の提出をお願いします。

必ず1、2、3のいずれか1つにチェックを入れてください。

以下「課税者（世帯）」という。）であっても、マイナポイントカードの提出を省略する場合は、申請時に窓口で区市町村民税の課税状況（課税又は非課税）が確認できないため、提出をお願いいたします。

以下1～3のいずれか1つにチェックを入れてください。

- 1 非課税世帯に該当する
- 2 非課税世帯に該当しないが、以下の年金等を受給されている場合※、該当の年金等にチェックを入れた上で、当該年金等の受給金額が確認できる書類の添付が必要です（詳細は、13～14ページをご参照ください。）。ただし、課税者（世帯）の場合又は当該年金等、老齢年金及び合計所得金額の合計が80万円を超えている場合は、3にチェックを入れることで書類の添付を省略することができます。
- ※ 該当しないが、以下の年金等を受給されている場合※、該当の年金等にチェックを入れた上で、当該年金等の受給金額が確認できる書類の添付が必要です（詳細は、13～14ページをご参照ください。）。  
※ 受給されているのが老齢年金のみの場合は、2にチェックを入れないでください。

- 特別障害給付金
- 障害年金
- 遺族年金
- 寡婦年金
- 労災保険による障害補償に関する給付
- 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

- 3 以下のア又はイに該当し、階層区分が低所得I（非課税世帯で患者又はその保護者の公的年金等の収入等が80万円以下）にならないことを了承する。
  - ア 課税者（世帯）である。
  - イ 非課税世帯又は課税状況が不明であり、2に掲げる公的年金等の収入等に該当があるが、当該事

上記のとおり申し出ます。

東京都知事 殿

申出者は、患者本人としてください。ただし、患者本人が18歳未満の場合は、申請書の申請者（医療券の送付先）欄に記載の保護者（加入している医療保険が被用者保険の場合に限り、当該保険の被保険者である保護者）としてください。

（住所） 東京都 西新宿 2-8-1

（氏名） 東京 一郎



### ⑨ 生活保護受給証明書

患者本人が生活保護を受けている場合、提出してください。ただし、「③個人番号に係る調書」を提出し、マイナンバー制度を利用した情報連携を希望する場合は、提出を省略(※)できます。

※ 情報連携を希望した場合でも「③個人番号に係る調書」の記載(詳しくは6～9ページをご覧ください。)等に不備がある場合、後日改めて生活保護受給証明書をご提出いただく必要があります。

### ⑩ 指定難病に係る医療費等の総額が確認できる書類

○ 「軽症かつ高額」、「高額かつ長期」を申請する場合は、以下の書類を提出してください。詳しくは18～21ページをご覧ください。

ア 自己負担上限額管理票の写し

イ 療養証明書

ウ 医療費申告書及び領収書等のコピー

※ アは、同封の「自己負担上限額管理票コピー添付用紙」に貼り付けてご提出ください。

※ イ及びウの書類は、お住まいの区市町村の窓口でお受取りになるか、東京都福祉保健局のホームページ(URLは表紙に記載)からダウンロードしてください。

### ⑪ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し(申請日時点で有効なもの)

○ 次の場合、提出してください(イの場合、小児慢性特定疾病医療受給者証と併せて、その方の健康保険証の写しも提出してください。)

ア 患者本人が当該制度の医療費助成を受けている場合

イ 患者と同じ医療保険上の世帯の方が、当該制度の医療費助成を受けている場合

### ⑫ 世帯員の特定医療費(指定難病)受給者証の写し(申請日時点で有効なもの)

○ 患者と同じ医療保険上の世帯の方が、当該制度の医療費助成を受けている場合に、その方の健康保険証の写しと併せて提出してください。

### ⑬ 委任状(同封の書類)

○ 患者本人(患者本人が18歳未満の場合は「③個人番号に係る調書」の「保護者」欄に記載の保護者。)でもその法定代理人でもない方が「③個人番号に係る調書」を提出する場合に、提出してください。

【委任状に記載が必要な方】

委任者	患者本人(患者本人が18歳未満の場合は「③個人番号に係る調書」の「保護者」欄に記載した保護者)
受任者(代理人)	実際に申請書類を提出する方

## 【窓口で提示する物】

- 更新申請の際には、患者本人(患者本人が18歳未満の場合は保護者)の個人番号(マイナンバー)の確認と申請される方の身元確認が義務付けられています。以下の⑭及び⑮をお住まいの区市町村の窓口で提示してください。
- 法定代理人(患者本人が18歳未満の場合の保護者を除く。)の方が「③個人番号に係る調書」を提出する場合は、上記の⑭及び⑮の書類に加えて以下の⑯の書類をお住まいの区市町村の窓口で提示してください。

### ⑭ 身元確認に必要な物

- 以下のいずれかをご提示ください(コピー不可。原本をご提示ください。)

ア 顔写真が掲載されている官公署が発行した証、又はそれに類するもの

#### 【次の書類のうち、いずれか1つ】

個人番号カード、運転免許証(経歴証明書でも可)、旅券(パスポート)、在留カード、特別永住者証明書、障害者手帳 等

イ 上記(ア)の証明書類の提示が困難な場合

#### 【次の書類のうち、いずれか2つ】

申請者等印字された申請書、特定医療費(指定難病)受給者証、健康保険証、年金手帳、児童扶養手当調書、通知カード(注:例外あり) 等

### ⑮ 個人番号の確認に必要な物

- 以下のいずれかをご提示ください(いずれも患者本人(患者本人が18歳未満の場合は保護者)のもの)。

ア 個人番号カード

イ 通知カード(注:例外あり)

ウ 個人番号が記載された住民票の写し

エ 個人番号が記載された住民票記載事項証明書

(注) 転居や改姓等により、令和2年5月25日(=デジタル手続法施行日)以後に通知カードの記載事項に変更があった方※は、通知カードによる身元確認や個人番号の確認はできません。

※ 転居や改姓等が令和2年5月25日以前でも、変更手続が令和2年5月25日以降であれば、通知カードによる確認はできません。

### ⑯ 法定代理人であることを証明する書類

- 以下のいずれかをご提示ください。

ア 戸籍謄本

イ 後見に関する登記事項証明書

ウ 裁判所が決定した旨が確認できる書類

## 6. 「軽症かつ高額」又は「高額かつ長期」について

「軽症かつ高額」又は「高額かつ長期」を申請する場合は、次によりお手続きください。

### (1) 「軽症かつ高額」の制度とは

難病医療費助成は、まず、臨床調査個人票の内容について、定められた診断基準及び重症度基準の両方を満たす方に対し支給認定されます。

しかしながら、適切な服薬等の治療により、症状が重症化せずに抑えられた結果、症状の程度(重症度)が医療費助成の基準を満たさないことがあります。

このような場合において、当該疾病の治療に要した医療費が一定期間に一定額以上生じているときは、医療費助成の支給認定を行い、患者さんの負担軽減を図るものが、「軽症かつ高額」の制度です。

(お持ちの受給者証下段の「軽症者」欄に「○」が記載されている方は、「軽症かつ高額」により支給認定されています。)

高額長期		所得階層		軽症者	○	同一世帯	
------	--	------	--	-----	---	------	--

#### ① 対象者

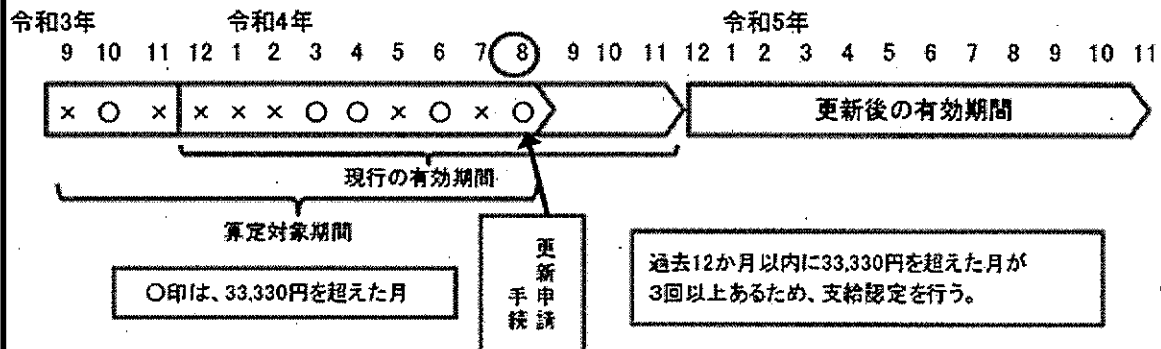
今回の更新手続において提出された臨床調査個人票を審査した結果、症状の程度(重症度)が医療費助成の基準を満たしていない方

#### ② 認定要件

更新申請する疾病の1か月当たりの医療費又は難病医療費助成対象の介護サービス利用料の総額(10割)(以下「医療費等総額(10割)」といいます。)\*が33,330円を超えた月が、当該更新申請受理日の属する月から12か月前までの期間に3か月以上あること。

※ 医療費等総額(10割)は、加入する医療保険又は介護保険が負担する金額も含まれます。窓口で支払う自己負担額分では、2割負担であれば1か月当たりおおむね6,670円、1割負担であればおおむね3,330円です。また、支給認定を受けた難病に関する医療費又は難病医療費助成対象の介護サービス利用料に限ります。

例: 令和4年11月末で受給者証の有効期限を迎える方の申請が、8月に受理された場合  
令和3年9月から令和4年8月までの間に、医療費等総額(10割)が33,330円を超える月が3か月以上ある場合、「軽症かつ高額」の対象になります。



(2) 「高額かつ長期」の制度とは

難病医療費助成の支給認定を受けた方が、指定医療機関で受ける医療について、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として認定された場合、負担上限月額が軽減される制度です。

(お持ちの受給者証下段の「高額長期」欄に「○」が記載されている方は、「高額かつ長期」の認定がされています。)

高額長期	○	所得階層		軽症者		同一世帯	
------	---	------	--	-----	--	------	--

なお、現在「高額かつ長期」の認定を受けていない方で、既に下記「②認定要件」を満たす場合、更新申請とは別に**変更申請をご提出いただければ、変更申請を窓口で収めた日の属する月の翌月(申請日が1日の場合は当月)から適用となり、階層区分が「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」又は「上位所得」の方は、負担上限月額が軽減されます。変更申請は随時受け付けておりますので、該当する場合はお早めにご申請ください。**

① 対象者

所得階層区分が「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」又は「上位所得」の方(下表参照)。

なお、「生活保護」、「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の方は「高額かつ長期」の申請を行い認定されたとしても、負担上限月額に変更はありません(下表参照)。

(単位:円)

階層区分	階層区分の基準		一般	高額長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0		
低所得Ⅰ	区市町村民税	本人年収 80 万円以下	2,500		1,000
低所得Ⅱ	非課税(世帯)	同 80 万円超	5,000		
一般所得Ⅰ	区市町村民税 課税(世帯)	区市町村民税(所得割) 7.1 万円未満	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ		同 7.1 万円以上 25.1 万円未満	20,000	10,000	
上位所得		同 25.1 万円以上	30,000	20,000	

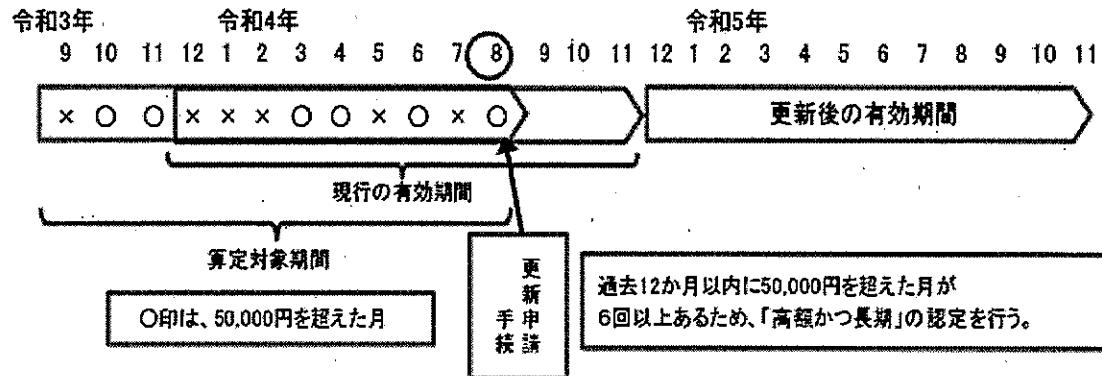
② 認定要件

更新申請受理日の属する月以前の12か月※1の間において、支給認定を受けた指定難病の1か月当たりの医療費等総額(10割)※2が50,000円を超えた月が6か月以上あること。

※1 難病医療費助成の支給認定を受けた日以後に限ります。

※2 医療費等総額(10割)は、加入する医療保険又は介護保険が負担する金額も含まれます。窓口で支払う自己負担額分では、2割負担であれば1か月当たりおおむね10,000円、1割負担であればおおむね5,000円です。また、支給認定を受けた難病に関する医療費又は難病医療費助成対象の介護サービス利用料に限ります。

例: 令和4年11月末で受給者証の有効期限を迎える方の申請が、8月に受理された場合  
 令和3年9月から令和4年8月までの間に、医療費等総額(10割)が50,000円を  
 超える月が6か月以上ある場合、「高額かつ長期」の対象になります。



なお、現行の有効期間に「高額かつ長期」の適用を受けていない場合に、更新月の前から「高額かつ長期」の適用を受けるには、更新申請とは別に変更申請が必要です(変更申請がない場合、「高額かつ長期」は更新月(令和4年12月)からの適用になります。)

### (3) 申請に必要な書類

「軽症かつ高額」又は「高額かつ長期」を申請する場合は、自己負担上限額管理票(お持ちの受給者証とともにお使いいただいている橙色A5版冊子のもの)の写しを、同封の「自己負担上限額管理票コピー添付用紙」に貼り付けて提出してください。

### 自己負担上限額管理票コピー添付用紙

① 軽症かつ高額3枚目 のりしる 又は 高額かつ長期3枚目

写しをのり付け

〇〇年×月分自己負担上限額管理票

受診者名	〇〇 〇〇	受給者番号	XXXXXXXX		
月額自己負担上限額 5,000円					
日付	(指定) 医療機関名	医療費 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 被用者負担額	自己負担の 累積額 (月額)	徴収印
X月5日	〇〇〇病院	15,000円		0,000円	印
X月5日	××薬局	5,000円			印
X月20日	〇〇〇薬局	20,000円			印
X月25日	〇〇〇病院	15,000円			印

医療費等総額(10割)の合計額が基準額を超えている月の写しを必要数添付してください。

上記のとおり負担上限月額に達しました。

医療費等総額(10割)が基準額を超えた月があるものの、自己負担上限額管理票に記載されていない場合は、代わりに下記のいずれかの書類を提出することもできます。

- 療養証明書
- 医療費申告書及び領収書等の写し

※ 療養証明書及び医療費申告書は、東京都福祉保健局ホームページ(URLは表紙に記載)からダウンロードするか、区市町村の窓口で入手してください。

※ 療養証明書の療養証明欄は、医療機関に記入してもらってください(証明にかかる費用は申請者の負担となりますので、あらかじめご確認の上依頼してください。)。ただし、生活保護を受給されている方は、福祉事務所に療養証明書を記入してもらってください(証明書の費用はかかりません。)

※ 領収書等は、診療点数等により医療費総額が確認できるものに限ります。  
また、提出した書類はお返しできませんので、領収書等は必ず写しを提出してください。

負担上限月額を軽減する「高額かつ長期」とは異なり、「軽症かつ高額」は認否に関わるため、必ずお持ちの自己負担上限額管理票等をご確認いただき、該当する場合はあらかじめ写しをご提出ください。

※ 「軽症かつ高額」の申請に必要な書類の提出がなく、重症度基準を満たさなかった場合、「軽症かつ高額」の申請をしない旨の意思表示のない方(申請書中段の「軽症かつ高額」欄にチェック(シ点)がない方)については、後日、東京都から「軽症かつ高額」の申請書類一式をお送りします。その場合、審査結果が出るまでに通常よりもお時間がかかりますのでご注意ください。

～補足～

本取扱いは、あくまでも東京都の難病等医療費助成制度に係るものです。他制度(難病福祉手当等)の実施内容についてのご質問は、各制度の実施者(区市町村等)にご確認ください。

## 提出前に必ずご確認ください！

### ★ よくある不備・間違いについて ★

#### ■ マイナンバーによる情報連携を希望する方

➡ 窓口にお出かけ前に、「身元確認に必要な書類」などをお持ちになりましたか？

チェック項目	✓
17ページに記載の【窓口で提示する物】⑭と⑮をお持ちになりましたか？ (窓口にいらっしゃる方が法定代理人(患者が18歳未満の保護者を除く。)の場合は、⑭、⑮、⑯をお持ちになりましたか？)	

#### ■ 「軽症かつ高額」(医療費等総額が33,330円を超える月が3か月以上)を満たす方

チェック項目	✓
医療費等総額が33,330円を超えることがわかる書類(※)を3か月分以上、ご提出がありますか？ ※ 上限額管理票のコピーなど。上限額管理票コピーに記載がない場合は、21ページをご確認ください。	

#### ■ 「高額かつ長期」(医療費等総額が50,000円を超える月が6か月以上)を申請する方

チェック項目	✓
医療費等総額が50,000円を超えることが分かる書類(※)を6か月分以上、ご提出がありますか？ ※ 上限額管理票のコピーなど。上限額管理票コピーに記載がない場合は、21ページをご確認ください。	
「特定医療費支給認定申請書」の左半分の下のほうにある、「高額かつ長期」の□にレ(チェック)を入れていますか？	

#### ■ 健康保険にご加入の方

チェック項目	✓
① 保険証は、必要な人の分についてもれなく、コピーのご提出がありますか？ ※ご加入の保険ごとにより取扱いが異なります。10～11ページをご確認ください。	
② 患者ご本人が70～74歳の場合、「高齢受給者証」の写しもご提出がありますか？	

(裏面もチェックリストが続きます。)

## 提出前に必ずご確認ください！

### ★ よくある不備・間違いについて ★

- 非課税者（非課税世帯）の方
- マイナンバーによる情報連携を希望する方

➡ 「公的年金等の収入等に係る申出書」を必ずご提出ください！

チェック項目	✓
① 「公的年金等の収入等に係る申出書」(記入例は15ページ)のご提出はありますか？	
② 「公的年金等の収入等に係る申出書」の左列にある、1, 2, 3のチェックボックスのどれか1つにだけ、チェックが入っていますか？ ※ 複数にチェックを入れている場合、書類の再提出が必要になることがあります。	
③ 2 にチェックを入れた場合、受給している年金等にもチェックの上、令和2年1月から令和2年12月までの(申請受付が令和4年7月以降であれば令和3年1月から令和3年12月までの)受給金額が分かる書類(具体例は14ページ)を添付していますか？ ※ 添付書類だけでは年間の合計金額が分からない場合、添付書類の余白に合計金額を記載してください。	
④ 患者が18才以上の場合、用紙の一番下の「氏名」欄に、患者本人の氏名を記載していますか？ ※ 患者本人が18歳未満の場合のみ、保護者名を記載してください。保護者名を記載するに当たっては、必ず15ページの記入例をご参照ください。	

- マイナンバーによる情報連携を希望する方

➡ 「個人番号に係る調書」を必ずご提出ください！(同封の4枚複写の用紙)

チェック項目	✓
下部の「患者と同じ医療保険に加入している者」欄に…	
① 「生年月日」は正しく記入されていますか？	
② 「性別」にマルの付け忘れはないですか？	
③ 患者と住所が同じ場合、「申請時住所」記入欄の□にチェックをつけていますか？	
令和3年1月1日時点(※)で、現住所とは異なる区市町村に住民票があった方は…	
④ 「患者」欄・「一人目」欄～「三人目」欄の中段にある、「課税等区市町村等」に、令和3年1月1日時点(※)でお住まいの区市町村名を記載していますか？	
患者ご本人が18才未満の場合は…	
⑤ 個人番号に係る調書に記載した「保護者」氏名と、「特定医療費支給認定申請書(更新)」の患者欄の下の「申請者(医療券等の送付先)」氏名は、一致していますか？	

※ 令和4年7月以降に窓口が申請を受理する場合は、令和4年1月1日時点と読み替えてください。

(裏面もチェックリストです。)