

## 指定難病に係る特定医療費の支給認定申請について

### 高知県 健康政策部 健康対策課

平成 27 年 1 月 1 日に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、原因が不明で治療法が確立されていない、いわゆる難病のうち、厚生労働大臣が指定した「指定難病」にかかり、認定基準を満たした方に、医療費助成※を行います。

※従前医療費助成を行っていました「特定疾患治療研究事業」が制度改正されたものです。

生活保護世帯の方、中国残留邦人等支援法の支援給付世帯の方で、指定難病に係る医療費助成の申請をされる方は、次の書類をご提出ください。

#### 1 全員の方に提出していただく書類

| 書 類   | 記載等における留意事項   |
|---|---|
| 1 特定医療費(指定難病)支給認定申請書                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>・受診者(本人)がボールペン等で記入してください。</li><li>・氏名は、住民票と同じ字体で記入してください。</li><li>・最後の申請者氏名は、基本、受診者(本人)です。受診者が18歳未満の場合のみ保護者を記入してください。</li><li>・「受診者」「申請者」それぞれの個人番号を記入してください。</li><li>・「受診を希望する医療機関」の欄には、指定医療機関になっている病院・診療所、保険薬局、訪問看護ステーションを記入してください。<br/>※指定医療機関は県のホームページで公表しています。</li><li>・申請日は、難病指定医が作成した診断書(臨床調査個人票)の診断日以降の日を記入してください。</li></ul> |
| 2 臨床調査個人票(新規用)<br>(記載日から3か月以内のもの)                     | <ul style="list-style-type: none"><li>・難病指定医の指定を受けている医師に作成してもらってください。<br/>※難病指定医は県のホームページで公表しています。</li><li>・疾病によっては、レントゲン写真等が必要な場合があります。</li></ul>  |
| 3 同意書(研究利用)   | <ul style="list-style-type: none"><li>・臨床調査個人票情報の研究等への利用についての説明文の内容に同意する場合には、署名の上、提出してください。</li></ul>   |
| 4 住民票(世帯全員を記載)<br>(交付日から3か月以内のもの)<br>(原則個人番号が入っているもの) | <ul style="list-style-type: none"><li>・「この住民票は世帯全員のものと相違ないことを証明する」という記載があるものを提出してください。</li><li>・「続柄」および「個人番号」が記載されているものを提出してください。</li></ul>   |
| 5 生活保護受給証明書<br>医療保険の資格情報を確認できる書類(資格確認書等)の写し           | <ul style="list-style-type: none"><li>・生活保護世帯の方は、福祉事務所または福祉保健所の発行する生活保護受給証明書を提出してください。</li><li>・中国残留邦人等支援法の支援給付世帯の方は、福祉事務所または市町村の発行する支援給付を受けている証明書を提出してください。</li><li>※医療保険に加入されている方は、「1 特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の加入医療保険欄に記載のうえ、医療保険の資格情報を確認できる書類の写しを提出してください。</li></ul>  |

|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | ※医療保険の資格情報を確認できる書類について<br>(以下のいずれか1つを提出)<br>・「資格情報のお知らせ」の写し<br>・「資格確認書」の写し<br>・マイナポータルからダウンロードした資格情報確認画面を印刷したもの |
| 6 番号法に基づき申請時に必要な書類 | ・個人番号を提供いただく際は、番号法により、窓口(若しくは郵送)で番号確認と身元確認を行います。<br>※個人番号の提供の際に必要な書類については、別途ホームページ内に掲載しておりますのでご覧ください。           |

## 2 該当する方のみ(追加)提出していただく書類

| 書 類        | 記載等における留意事項                   |
|------------|-------------------------------|
| 7 レントゲン写真等 | ・主治医又は難病指定医から預かった方は、提出してください。 |

## 3 申請の提出先・問い合わせ先 ※提出は郵送で可

| 所属名等              | 電話番号         | 所在地  | 担当地域                                       |
|-------------------|--------------|--|--|
| 安芸福祉保健所<br>健康障害課  | 0887-34-3177 | 〒784-0001<br>安芸市矢ノ丸 1-4-36                   | 安芸市・室戸市・東洋町・奈半利町<br>田野町・安田町・北川村・馬路村<br>芸西村 |
| 中央東福祉保健所<br>健康障害課 | 0887-53-3173 | 〒782-0016<br>香美市土佐山田町山田 1128-1               | 南国市・香美市・香南市・本山町<br>大豊町・土佐町・大川村             |
| 中央西福祉保健所<br>健康障害課 | 0889-22-1247 | 〒789-1201<br>高岡郡佐川町甲 1243-4                  | 土佐市・仁淀川町・いの町・越知町<br>佐川町・日高村                |
| 須崎福祉保健所<br>健康障害課  | 0889-42-1875 | 〒785-8585<br>須崎市東古市町 6-26                    | 須崎市・中土佐町・四万十町<br>津野町・梶原町                   |
| 幡多福祉保健所<br>健康障害課  | 0880-34-5124 | 〒787-0028<br>四万十市中村山手通 19                    | 四万十市・宿毛市・土佐清水市<br>黒潮町・三原村・大月町              |
| 高知市保健所<br>(健康増進課) | 088-803-8005 | 〒780-8571<br>高知市丸ノ内 1 丁目 7-45<br>総合あんしんセンター内 | 高知市  |
| 高知県庁<br>健康対策課     | 088-823-9678 | 〒780-8570<br>高知市丸ノ内 1 丁目 2 番 20 号            |  |

## 4 特定医療費（指定難病）支給認定申請書について

《 記載例(表面) 》

様式第1号

## 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）更新・変更・転入

|          |        |                             |         |                  |               |
|----------|--------|-----------------------------|---------|------------------|---------------|
| 受診者／要支援者 | フリガナ   | コウチ タロウ                     | 年齢      | 生年月日             |               |
|          | 氏 名    | 高知 太郎                       | 50 歳    | T<br>S<br>H<br>R | XX 年 1 月 23 日 |
|          | 個人番号   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2     |         |                  |               |
|          | 住 所    | 〒123-4567<br>〇〇市 △△町 1丁目1-1 |         | 電話番号             | 080-123-XXXX  |
|          | 加入医療保険 | 被保険者氏名                      | 受診者との関係 | 記号・番号            |               |
|          |        | 保険種別                        |         |                  |               |
|          |        | 保険者名                        |         |                  |               |
|          |        | 所在地                         |         |                  |               |

可能なかぎり日中に連絡のつく電話番号を記入してください。

生活保護世帯の方は、空欄で可。ただし、医療保険に加入されている場合は記入してください。

|                       |                                   |                          |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 病 名                   | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)               |                          |
| 自己負担上限額の特例等（該当するものに☑） | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 | <input type="checkbox"/> |
|                       | <input type="checkbox"/> 軽症者特例    |                          |

臨床調査個人票に記載されている病名を記入してください。

|   |     |  |
|---|-----|--|
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者<br>※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑（受給者証の写し等を添付）。 | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 指定難病<br><input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 |
|   | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 指定難病<br><input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 |

同じ世帯内に医療受給者証をお持ちの方がいる場合に記入してください。

|                        |                               |                           |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 受診を希望する（指定）            | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名            | 所在地                       |
| 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） | ●●病院<br>△△薬局△△店<br>訪問看護ステーション | 〇〇市△△町<br>〇〇市△△町<br>◇◇市□□ |
| ※書ききれない場合は裏面にも記載       |                               |                           |

指定難病で受診する病院・診療所、保険薬局、訪問看護事業所をすべて記入してください。P5 参照

高知県内は町名まで可。高知県外は番地まで詳しく記入してください。

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 受給者番号                              |  |
| 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※2、※3） | RX 年 3 月 30 日  |
|                                    | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日と<br>□臨床調査個人票の受領に時間を要したため<br>□症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br>□大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため<br>□その他 |

申請書裏面の※2をご確認ください。P5 参照

|            |                                       |                             |                                |
|------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 登録者証申請（※4） | <input checked="" type="radio"/> 申請する | <input type="radio"/> 申請しない | <input type="radio"/> 発効済（発効日） |
|------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

私は、上記のとおり申請します。

発行を希望する場合は「申請する」に○を記入してください。

申請者氏名 高知 太郎  
(受診者/要支援者)  
令和 X 年 4 月 1 日  
高知県知事 様

申請日と申請者（受診者/要支援者）の氏名を記入してください。

登録者証・・・難病患者が福祉、就労等の各種支援を円滑に利用できるようにするため、都道府県等が患者の申請に基づき指定難病に罹患していることを確認し、交付します。  
医師の診断書の代わりに指定難病の患者であることを証明するものとして活用できます。  
(ハローワークや市町村の障害福祉サービスなど、各種支援の利用にお使いいただけます。)

《 記載例（裏面） 》

- ※1 更新又は変更の方のみ記入。  
 ※2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。  
 ※3 更新の場合は、原則、記入不要。  
 ※4 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に当該サービスを提供する公共機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

|                                       |  |     |
|---------------------------------------|--|-----|
| ※表面から続く                               | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名   | 所在地 |
| 受診を希望する（指定）<br>医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） | <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 10px; text-align: center;">           医療機関を表面に書ききれない場合は、こちらに記入してください。         </div> |     |

○受診者／要支援者が18歳未満又は成年被後見人等の理由により、受診者／要支援者に代わって申請する場合のみ記載してください。

|     |      |   |  |  |
|-----|------|---|--|--|
| 申請者 | フリガナ |   | 受診者／   |  |
|     | 氏名   |   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           受診者/要支援者が<br/>           ・18歳未満<br/>           ・成年被後見人等 の場合に記入が必要です。         </div> |  |
|     | 個人番号 |   |  |  |
|     | 住所   | 〒 |  |  |

○書類等を受診者／要支援者（保護者）以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者／要支援者（保護者）の方に送付します。

|          |      |  |  |
|----------|------|--|--|
| 送付先の方の氏名 | フリガナ | 受診者／<br>要支援者   |  |
| 住所       | 〒    | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           送付先を受診者/要支援者以外の方にする場合のみ記入してください。         </div> |  |

| ※申請受付機関記載欄 |  |
|------------|--|
| 番号確認       | 番号カード・通知カード・住民票（個人番号付）   |
| 身元確認       | 1点：番号カード・運転免許証・身体障害者手帳<br>2点：資格確認書（医療保険証）・年金手帳・<br>医療受給者証・児童扶養手当証書<br>その他（ ） |
| 確認者        |  |

### **受診を希望する（指定）医療機関**

認定された指定難病の治療のために、受診を希望する指定医療機関（歯科診療所、調剤薬局、訪問看護事業所等を含む）をすべて記載してください。

※指定難病の医療費助成を受けることができるのは、医療機関が所在する都道府県等から指定を受けた指定医療機関で行われた医療（介護）に限られます。  
指定医療機関は、各都道府県等のホームページで公表されています。

#### **【高知県健康対策課ホームページ掲載場所】**

<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2015061500282/>



### **特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる日**

次の①又は②のいずれか遅い日が支給開始日となります。

- ① 臨床調査個人票の診断年月日（指定医が重症度分類を満たしていると診断した日）
- ② 申請書の受理された日から原則1か月前の日

※軽症高額該当による認定の場合は、上記①は「軽症高額該当基準を満たした日の翌日」となります。

ただし、指定医が診断書の作成に期間を要したことその他のやむを得ない理由があるときは最長3か月前まで遡ることができます。