

新	旧
<p style="text-align: center;">高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令によるほか、本要綱に定めるところにより行い、もって支給認定の適正な実施を図るものとする。</p> <p>第1～第3 （略）</p> <p>第4 支給認定の申請 支給認定の申請は、規則第12条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によるものとする。</p> <p>1 申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（法第6条第1項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）<u>、世帯調書（様式第2号）</u>、医療保険の資格情報が確認できる資料等並びに受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者については指定難病の患者等に係る収入の状況が確認できる資料）を添付の上、県に申請させることとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。</p> <p>これらの資料に加え、軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。以下同じ。）に係る申請（※1）に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を、高額難病治療継続者の認定に係る申請（※2）に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が5万円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（第6の1（5）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、第3の1（4）に定める場合に該当する場合（※3）は、受診者が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第7条第4項に規定する医療受給者証の写し等とする。）を添付し、申請書にその旨を記載の上、県に申請させることとする。</p> <p>なお、複数の指定難病にかかっている患者については、支給認定を受けようとする当該指定難病につき、それぞれ指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。</p> <p>※1（略）</p> <p>※2 高額難病治療継続の申請について （1）（略） （2）基準該当申告書は、原則として医療受給者証（法第7条第4項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。）と併せて交付される自己負担上限額管理票とすること。受給者の所得区分が「④一般所得Ⅰ」「⑤一般所得Ⅱ」「⑥上位所得」「⑤'一般所得（高額継続Ⅱ）」「⑥'上位所得（高額継続）」である受給者については、自己負担上限額が1万円以上であり、医療費が5万円を超える場合は当然に自己負担上限額管理票に記載されることになるため、その医療費の額を確認するものとする。ただし、受給者の所得区分が「④'一般所得（高額継続Ⅰ）」であり、当該管理票に医療費総額が5万円に達するまでの記載がない場合は、指定医療機関が発行する領収書等又は受給者本人が記載する医療費申告書（様式第7号）を用いることもできるものとする。</p> <p>また、申請者が、高額難病治療継続者の申請以前に、児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）であった場合、当該医療費支給認定に関する基準該当申告書は、小児慢性特定疾病医療受給者証（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。）及び小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票（「小児慢性特定疾病医療費の支給認定について」（平成26年12月3日雇児発1203第2号）の別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱」の別紙様式第5号））とすること。</p> <p>（3）～（4）略</p> <p>※3 負担上限月額の内訳が必要な患者の申請について （1）～（4）（略） 2～3 （略）</p>	<p style="text-align: center;">高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令によるほか、本要綱に定めるところにより行い、もって支給認定の適正な実施を図るものとする。</p> <p>第1～第3 （略）</p> <p>第4 支給認定の申請 支給認定の申請は、規則第12条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によるものとする。</p> <p>1 申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（法第6条第1項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）<u>、医療保険上の所得区分に関する情報を受診者の加入する医療保険の保険者（後期高齢者広域連合を含む。）が知事に情報提供することに同意する旨の書類（同意書）（様式第2号）</u>、世帯調書（様式第3号）<u>、医療保険の資格情報が確認できる資料等並びに受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者については指定難病の患者等に係る収入の状況が確認できる資料）</u>を添付の上、県に申請させることとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。</p> <p>これらの資料に加え、軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。以下同じ。）に係る申請（※1）に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を、高額難病治療継続者の認定に係る申請（※2）に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が5万円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（第6の1（5）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、第3の1（4）に定める場合に該当する場合（※3）は、受診者が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第7条第4項に規定する医療受給者証の写し等とする。）を添付し、申請書にその旨を記載の上、県に申請させることとする。</p> <p>なお、複数の指定難病にかかっている患者については、支給認定を受けようとする当該指定難病につき、それぞれ指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。</p> <p>※1（略）</p> <p>※2 高額難病治療継続の申請について （1）（略） （2）基準該当申告書は、原則として医療受給者証（法第7条第4項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。）と併せて交付される自己負担上限額管理票とすること。受給者の所得区分が「④一般所得Ⅰ」「⑤一般所得Ⅱ」「⑥上位所得」「⑤'一般所得（高額継続Ⅱ）」「⑥'上位所得（高額継続）」である受給者については、自己負担上限額が1万円以上であり、医療費が5万円を超える場合は当然に自己負担上限額管理票に記載されることになるため、その医療費の額を確認するものとする。ただし、受給者の所得区分が「④'一般所得（高額継続Ⅰ）」であり、当該管理票に医療費総額が5万円に達するまでの記載がない場合は、指定医療機関が発行する領収書等又は受給者本人が記載する医療費申告書（様式第8号）を用いることもできるものとする。</p> <p>また、申請者が、高額難病治療継続者の申請以前に、児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）であった場合、当該医療費支給認定に関する基準該当申告書は、小児慢性特定疾病医療受給者証（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。）及び小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票（「小児慢性特定疾病医療費の支給認定について」（平成26年12月3日雇児発1203第2号）の別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱」の別紙様式第6号））とすること。</p> <p>（3）～（4）略</p> <p>※3 負担上限月額の内訳が必要な患者の申請について （1）～（4）（略） 2～3 （略）</p>

新	旧
<p>第5 受診者の医療保険における所得区分の把握について 知事は、支給認定の申請がなされたとき、<u>被用者保険における低所得者区分に該当すると思われる場合は、当該申請者が非課税者等であることの確認を行い、保険者にその旨通知する。</u></p> <p>第6 支給認定 1 支給認定の手続 (1) 知事は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、医療受給者証（様式第<u>3</u>号）を交付する。 また、指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に却下の通知書（様式第<u>5</u>号）を交付する。 (2) (略) (3) 軽症高額該当者の対象 却下通知書の理由が2に該当する場合には、軽症高額該当の場合における速やかな申請につなげるため、あわせて医療費申告書（様式第<u>7</u>号）を交付する。基準及び手続については、別に定める支給認定取扱要領により行う。 (4) (略) (5) 医療受給者証の交付に当たっては、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者への該当の有無の判断及び本要綱第3の1に定める負担上限月額認定を行った上で、規則第25条に定める事項を記載した医療受給者証を交付する。また、特定医療に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票（様式第<u>4</u>号。以下「管理票」という。）を受給者に交付する。 (6) ～ (10) (略) (11) 受給者から医療受給者証の再交付の申請（様式第<u>9</u>号）があったときは、医療受給者証を再交付するものとする。また、医療受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った医療受給者証を発見したときは速やかに再交付前の医療受給者証を県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。 (12) 受診者が死亡したとき又は医療を受けることを中止したとき、支給認定の有効期間が満了したとき、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他県において支給認定を行う理由がなくなったときは、届出（様式第<u>8</u>号）を行うとともに医療受給者証を速やかに県に返還させるものとする。 2～6 (略) 7 支給認定の変更 (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、変更申請書（様式第1号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類を添えて提出させることとする。また、この場合において、県から受給者証の提出を求められたときは、これを県に提出しなければならない。 申請書及び医療受給者証の記載事項の変更のうち、変更申請書の提出を要するのは、負担上限月額（所得区分、高額難病治療継続者の該当及び世帯内按分の変更等によるもの）及び受療を希望する指定医療機関、支給認定に係る指定難病の名称のみとし、これら以外の変更については、特定医療費受給者証等記載事項変更届（様式第<u>6</u>号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類を添えて届出させることとする。 なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。 (2) 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した医療受給者証を交付するものとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限額を記載した管理票を交付するものとする。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（様式第<u>5</u>号）を申請者に交付するものとする。 (3) ～ (6) (略) 8～9 (略)</p> <p>第7 (略)</p>	<p>第5 受診者の医療保険における所得区分の把握について 知事は、支給認定の申請がなされたときは、<u>受診者に適用される医療保険における所得区分を把握するため、受診者が加入する保険者に対して、同意書、医療保険における所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該受診者に適用される所得区分について医療受給者証に記載を行うものとする。</u> <u>なお、前年度の市町村住民税課税情報に基づく医療保険における所得区分認定の有効期限が7月末までとされていることから、被用者保険及び国保組合の加入者については、更新申請等を7月早期に行うものとし、知事は、7月下旬までに医療保険における所得区分の認定に必要な書類を添えて保険者に到達するように送付し、照会等を行うものとする。</u></p> <p>第6 支給認定 1 支給認定の手続 (1) 知事は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、医療受給者証（様式第<u>4</u>号）を交付する。 また、指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に却下の通知書（様式第<u>6</u>号）を交付する。 (2) (略) (3) 軽症高額該当者の対象 却下通知書の理由が2に該当する場合には、軽症高額該当の場合における速やかな申請につなげるため、あわせて医療費申告書（様式第<u>8</u>号）を交付する。基準及び手続については、別に定める支給認定取扱要領により行う。 (4) (略) (5) 医療受給者証の交付に当たっては、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者への該当の有無の判断及び本要綱第3の1に定める負担上限月額認定を行った上で、規則第25条に定める事項を記載した医療受給者証を交付する。また、特定医療に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票（様式第<u>5</u>号。以下「管理票」という。）を受給者に交付する。 (6) ～ (10) (略) (11) 受給者から医療受給者証の再交付の申請（様式第<u>10</u>号）があったときは、医療受給者証を再交付するものとする。また、医療受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った医療受給者証を発見したときは速やかに再交付前の医療受給者証を県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。 (12) 受診者が死亡したとき又は医療を受けることを中止したとき、支給認定の有効期間が満了したとき、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他県において支給認定を行う理由がなくなったときは、届出（様式第<u>9</u>号）を行うとともに医療受給者証を速やかに県に返還させるものとする。 2～6 (略) 7 支給認定の変更 (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、変更申請書（様式第1号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類を添えて提出させることとする。また、この場合において、県から受給者証の提出を求められたときは、これを県に提出しなければならない。 申請書及び医療受給者証の記載事項の変更のうち、変更申請書の提出を要するのは、負担上限月額（所得区分、高額難病治療継続者の該当及び世帯内按分の変更等によるもの）及び受療を希望する指定医療機関、支給認定に係る指定難病の名称のみとし、これら以外の変更については、特定医療費受給者証等記載事項変更届（様式第<u>7</u>号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類を添えて届出させることとする。 なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。 (2) 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した医療受給者証を交付するものとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限額を記載した管理票を交付するものとする。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（様式第<u>6</u>号）を申請者に交付するものとする。 (3) ～ (6) (略) 8～9 (略)</p> <p>第7 (略)</p>

新	旧
<p>第8 特定医療費の支給等 1～4 (略)</p> <p>5 受給者等が特定医療費に該当する費用を指定医療機関に支払ったときは、受給者等の支払った費用を特定医療費として充当し、受給者等はこの費用を給付申請書(様式第1<u>0</u>号)により知事に請求することができるものとする。この場合において、知事はその内容を審査の上、適正であると認められる額について、受給者等に対して直接支払うものとする。</p> <p>第9 (略)</p> <p>附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p>(略)</p> <p><u>附 則</u> <u>1 この要綱は、令和8年3月2日から施行し、同月1日から適用するものとする。</u> <u>2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</u></p>	<p>第8 特定医療費の支給等 1～4 (略)</p> <p>5 受給者等が特定医療費に該当する費用を指定医療機関に支払ったときは、受給者等の支払った費用を特定医療費として充当し、受給者等はこの費用を給付申請書(様式第1<u>1</u>号)により知事に請求することができるものとする。この場合において、知事はその内容を審査の上、適正であると認められる額について、受給者等に対して直接支払うものとする。</p> <p>第9 (略)</p> <p>附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p>(略)</p>

様式第1号 (略)

様式第1号別添¹

**指定難病の医療費助成・登録者証の申請における
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書**

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

年 月 日

住 所： _____

患者署名： _____

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

◀ 本同意書に関する説明 ▶

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

様式第1号 (略)

様式第1号別添

**指定難病の医療費助成・登録者証の申請における
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書**

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

年 月 日

住 所： _____

患者署名： _____

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

◀ 本同意書に関する説明 ▶

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

様式第1号別添²

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、
 国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第60条の2第1項
 地方公務員共済組合が地方公務員等共済組合法第62条の2第1項
 の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するため
 に限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者1	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者2	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

(新設)

新

旧

(削除)

様式第2号

同意書

特定医療費（指定難病）に関わる医療の給付を受けるに当たり、私（受診者）の医療保険上の所得区分に関する情報につき、高知県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

高知県知事 様

受診者 住所

氏名

受給者が未成年等の場合は、以下に法定代理人（保護者等）を記入してください。

法定代理人 住所

氏名

（本人との続柄： ）

新

様式第2号

(特定医療費(指定難病)支給認定申請用)

世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	(被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養の別 (該当するものに○)	税証明 (提出する方に○)
個人番号				
	本人	T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合、受診者の収入によって月額自己負担上限額が異なります。(18歳未満の受診者については、父母それぞれ)
課税対象となる収入(給与や年金等)は、課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については、別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等

受診者本人が、下記の給付金等の給付を受けていますか？
(18歳未満の場合は、父母それぞれ) 受けている 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等を○で囲んでください。

- ・障害基礎年金(1・2)級
- ・障害厚生年金(1・2・3)級
- ・障害共済年金(1・2・3)級
- ・障害一時金
- ・遺族厚生年金
- ・遺族共済年金
- ・特別児童扶養手当
- ・障害児福祉手当
- ・特別障害給付金
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・寡婦年金
- ・特別障害者手当
- ・遺族基礎年金
- ・福祉手当

旧

様式第3号

(特定医療費(指定難病)支給認定申請用)

世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	(被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養の別 (該当するものに○)	税証明 (提出する方に○)
個人番号				
	本人	T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	
		T S H R 年 月 日	本人・被扶養	

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合、受診者の収入によって月額自己負担上限額が異なります。(18歳未満の受診者については、父母それぞれ)
課税対象となる収入(給与や年金等)は、課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については、別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等

受診者本人が、下記の給付金等の給付を受けていますか？
(18歳未満の場合は、父母それぞれ) 受けている 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等を○で囲んでください。

- ・障害基礎年金(1・2)級
- ・障害厚生年金(1・2・3)級
- ・障害共済年金(1・2・3)級
- ・障害一時金
- ・遺族厚生年金
- ・遺族共済年金
- ・特別児童扶養手当
- ・障害児福祉手当
- ・特別障害給付金
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・寡婦年金
- ・特別障害者手当
- ・遺族基礎年金
- ・福祉手当

新

様式第3号 (表面)

特定医療費(指定難病)医療受給者証				
公費負担者番号		受給者番号		
受診者	氏名			
	生年月日			
	住所			
保護者(受診者が18歳未満の場合)	氏名		続柄	
	住所			
病名				
指定医療機関名				
自己負担上限額			階層区分	
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の受給者				
有効期間				
認定年月日				
高知県知事		知事印		

旧

様式第4号 (表面)

特定医療費(指定難病)医療受給者証				
公費負担者番号		受給者番号		
受診者	氏名			
	生年月日			
	住所			
保護者(受診者が18歳未満の場合)	氏名		続柄	
	住所			
病名				
保険者名				
記号・番号			適用区分	
指定医療機関名				
自己負担上限額			階層区分	
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の受給者				
有効期間				
認定年月日				
高知県知事		知事印		

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地又は加入している医療保険等に変更があったときは、所定の様式により速やかに高知県知事にその旨を届け出て下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに高知県知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、高知県知事に再交付の申請を行って下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。
- 8 その他指定難病の医療の受給に関する問い合わせは、最寄りの福祉保健所（高知市は保健所）又は高知県健康対策課に連絡して下さい。

安芸福祉保健所
中央西福祉保健所
幡多福祉保健所
高知市保健所

中央東福祉保健所
須崎福祉保健所
高知県健康対策課
※高知市保健所は新規申請にかかること

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地又は加入している医療保険等に変更があったときは、所定の様式により速やかに高知県知事にその旨を届け出て下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに高知県知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、高知県知事に再交付の申請を行って下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。
- 8 その他指定難病の医療の受給に関する問い合わせは、最寄りの福祉保健所（高知市は保健所）又は高知県健康対策課に連絡して下さい。

安芸福祉保健所
中央西福祉保健所
幡多福祉保健所
高知市保健所

中央東福祉保健所
須崎福祉保健所
高知県健康対策課
※高知市保健所は新規申請にかかること

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

新

様式第4号

特定医療費（指定難病）
年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累計額 (月額)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名

※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

旧

様式第5号

特定医療費（指定難病）
年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累計額 (月額)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名

※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

新	旧
<p>様式第<u>5</u>号</p> <p style="text-align: right;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">通 知 書</p> <p>(申請者) 様</p> <p style="text-align: center;">高知県知事</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、次の理由により認定されませんでしたので通知します。</p> <p>理由</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 指定難病にかかっていないため 2 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため <p style="text-align: center;">【指定難病名： 〃】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(1) 症状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため</p> <p>(2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p>3 その他</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(1) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため</p> <p>(2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため</p> <p>(3) その他（ 〃 ）</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p>指定難病審査会意見</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">(</div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p style="text-align: center;">教 示</p> <p>(不服申立てについて)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。）。 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、その裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、その裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。 <p>(障害福祉サービス等について)</p> <p>上記理由の「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に該当している方は、以下のとおりとなります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本通知は「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。 2. 本通知は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になります。 3. 特定医療費（指定難病）の支給認定申請等に提出された臨床調査個人票は、申請者の同意に基づき、個人情報保護のもと、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用されるので、定期的（1年毎）に申請し指定難病の研究の推進にご協力ください。 	<p>様式第<u>6</u>号</p> <p style="text-align: right;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">通 知 書</p> <p>(申請者) 様</p> <p style="text-align: center;">高知県知事</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、次の理由により認定されませんでしたので通知します。</p> <p>理由</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 指定難病にかかっていないため 2 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため <p style="text-align: center;">【指定難病名： 〃】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(1) 症状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため</p> <p>(2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p>3 その他</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(1) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため</p> <p>(2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため</p> <p>(3) その他（ 〃 ）</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p>指定難病審査会意見</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">(</div> <div style="width: 45%; text-align: right;">)</div> </div> <p style="text-align: center;">教 示</p> <p>(不服申立てについて)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。）。 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、その裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、その裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。 <p>(障害福祉サービス等について)</p> <p>上記理由の「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に該当している方は、以下のとおりとなります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本通知は「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。 2. 本通知は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になります。 3. 特定医療費（指定難病）の支給認定申請等に提出された臨床調査個人票は、申請者の同意に基づき、個人情報保護のもと、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用されるので、定期的（1年毎）に申請し指定難病の研究の推進にご協力ください。

新

様式第6号

特定医療費（指定難病）医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号					
受診者／要支援者	フリガナ			年齢	生年月日
	氏名			歳	T S H R 年 月 日
	個人番号				
	住所	〒			
保護者	フリガナ			受診者との関係	
	氏名				
	個人番号				
	住所	〒			
変更のある事項に	事項		変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/>	受診者／要支援者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項（記号番号、保険者、受診者と同一の加入者）			
	<input checked="" type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する情報（氏名・個人番号）			
備考					
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証等に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 令和 年 月 日 (受診者／要支援者) 高知県知事 様					受付印

※ 支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に増減がある場合は、「様式第2号 世帯調書」を必ず添付すること。
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、軽症者特例、高額かつ長期及び指定難病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。

旧

様式第7号

特定医療費（指定難病）医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号					
受診者／要支援者	フリガナ			年齢	生年月日
	氏名			歳	T S H R 年 月 日
	個人番号				
	住所	〒			
保護者	フリガナ			受診者との関係	
	氏名				
	個人番号				
	住所	〒			
変更のある事項に	事項		変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/>	受診者／要支援者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項（氏名、住所、電話番号）			
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項（記号番号、保険者、受診者と同一の加入者）			
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分			
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する情報（氏名・個人番号）				
備考					
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証等に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 令和 年 月 日 (受診者／要支援者) 高知県知事 様					受付印

※ 支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に増減がある場合は、「様式第3号 世帯調書」を必ず添付すること。
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、軽症者特例、高額かつ長期及び指定難病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。

新

様式第10号

特定医療費（指定難病）給付申請書（払戻請求）

申請額 円

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年 月分	窓口支払済額 A (円)	月額自己負担上限額 B (円)	差引き額 A-B (円)

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

高知県知事様

請求者	住所	電話 番号	
	氏名	(受診者との続柄：)	
	振込先	銀行	支店
口座 番号		ふりがな 口座名義人	
受診者	住所		
	氏名	受給者番号	

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- 〔添付書類〕①申請（請求）する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
②特定医療費（指定難病）療養証明書（様式第11号）
③領収書の原本
④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

旧

様式第11号

特定医療費（指定難病）給付申請書（払戻請求）

申請額 円

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年 月分	窓口支払済額 A (円)	月額自己負担上限額 B (円)	差引き額 A-B (円)

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

高知県知事様

請求者	住所	電話 番号	
	氏名	(受診者との続柄：)	
	振込先	銀行	支店
口座 番号		ふりがな 口座名義人	
受診者	住所		
	氏名	受給者番号	

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- 〔添付書類〕①申請（請求）する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
②特定医療費（指定難病）療養証明書（様式第12号）
③領収書の原本
④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

新

様式第11号

特定医療費（指定難病）療養証明書

受診者氏名		生年月日	大・平 昭・令				年	月	日
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号							
保険者名		記号番号							
高額療養費 適用区分		保険負担 割合	9割・8割・7割・その他（ 割）						
年月分	保険診療等総額 A（円）	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B（円）	自己負担額 A-B（円）	入院 ・ 通院					
合計									

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

TEL
所在地
医療機関等の名称
代表者名

(記載要領)

- 1 指定難病に係る療養費についてのみ記載してください（認定期間内の療養に限る。）。
ただし、認定前から入院されている場合は、認定前と認定後に行を分けて記載してください。
- 2 自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。

旧

様式第12号

特定医療費（指定難病）療養証明書

受診者氏名		生年月日	大・平 昭・令				年	月	日
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号							
保険者名		記号番号							
年月分	保険診療等総額 A（円）	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B（円）	自己負担額 A-B（円）	入院 ・ 通院	保険負担割合				
					9割				
					8割				
					7割				
					その他				
合計					(割)				

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

TEL
所在地
医療機関等の名称
代表者名

(記載要領)

- 1 指定難病に係る療養費についてのみ記載してください（認定期間内の療養に限る。）。
- 2 自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。