

特定医療費支給認定実施要綱 一部改正 新旧対照表

変更点は下線部

新	旧
<p>別紙</p> <p>特定医療費支給認定実施要綱</p> <p>平成26年12月3日健発1203第1号 最終一部改正 <u>令和4年3月17日健発0317第9号</u></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、法令の定めるところによるほか、本要綱を踏まえ、もって支給認定の適正な実施を図りたい。</p> <p>第1～第2 （略）</p> <p>第3 支給認定の要件等</p> <p>1 所得区分</p> <p>(1)～(2) （略）</p> <p>(3) 所得区分のうち「①生活保護」以外の場合において、(1)及び(2)の所得区分にかかわらず、受診者が人工呼吸器等装着者（人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の<u>都道府県又は指定都市</u>（以下「<u>都道府県等</u>」という。）による認定を受けた者）であると<u>都道府県知事又は指定都市市長</u>（以下「<u>都道府県知事等</u>」という。）が認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。</p> <p>(4) （略）</p> <p>2～3 （略）</p>	<p>別紙</p> <p>特定医療費支給認定実施要綱</p> <p>平成26年12月3日健発1203第1号 最終一部改正 <u>平成31年3月29日健発0329第7号</u></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、法令の定めるところによるほか、本要綱を踏まえ、もって支給認定の適正な実施を図りたい。</p> <p>第1～第2 （略）</p> <p>第3 支給認定の要件等</p> <p>1 所得区分</p> <p>(1)～(2) （略）</p> <p>(3) 所得区分のうち「①生活保護」以外の場合において、(1)及び(2)の所得区分にかかわらず、受診者が人工呼吸器等装着者（人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の<u>都道府県</u>による認定を受けた者）であると<u>都道府県知事</u>が認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。</p> <p>(4) （略）</p> <p>2～3 （略）</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こと。

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（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、被保険者証等及び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、**都道府県等**に申請させること。

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5の1（2）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。）を添付の上、**都道府県等**に申請させること。

2 (略)

3 **都道府県等**は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの特定医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討すること。

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを審査し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

- ① 受診者が指定難病にかかっていること。
- ② その受診者の病状の程度が、個々の指定難病の特性に応じ、日常生

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こと。

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（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、被保険者証等及び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、**都道府県**に申請させること。

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5の1（2）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。）を添付の上、**都道府県**に申請させること。

2 (略)

3 **都道府県**は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの特定医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討すること。

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを審査し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

- ① 受診者が指定難病にかかっていること。
- ② その受診者の病状の程度が、個々の指定難病の特性に応じ、日常生

活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度であること。
都道府県等は、受診者が当該要件を満たしていなかった場合又は当該要件を満たしていることを判定できなかった場合には、法第8条第1項に規定する指定難病審査会（以下「指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下、「審査」という。）を求めること。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

(1) **都道府県知事等**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（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付すること。

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（別紙様式第4号）を交付すること。

(2) ～ (4) (略)

(5) 支給認定の有効期間は1年以内とすること。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年3月を超えない範囲内において**都道府県知事等**が定める期間とすること。

(6) (略)

(7) 受給者から受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付すること。また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を**都道府県等**に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

(8) 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**都道府県等**に居住地を移したとき、その他当該**都道府県等**において支給認定を行う理由がなくなったときは、受給者証を速やかに**都道府県等**に返還させること。

2～3 (略)

活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度であること。
都道府県は、受診者が当該要件を満たしていなかった場合又は当該要件を満たしていることを判定できなかった場合には、法第8条第1項に規定する指定難病審査会（以下「指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下、「審査」という。）を求めること。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

(1) **都道府県知事**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（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付すること。

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（別紙様式第4号）を交付すること。

(2) ～ (4) (略)

(5) 支給認定の有効期間は1年以内とすること。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年3月を超えない範囲内において**都道府県知事**が定める期間とすること。

(6) (略)

(7) 受給者から受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付すること。また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を**都道府県**に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

(8) 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、その他当該**都道府県**において支給認定を行う理由がなくなったときは、受給者証を速やかに**都道府県**に返還させること。

2～3 (略)

4 指定難病審査会における判定

第4の3により判定を求められた指定難病審査会は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病及びその病状の程度等について医学的知見に基づく判定を的確に行い、都道府県知事等に判定の結果を報告すること。

5～7 (略)

8 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間が終了した際の支給認定の更新（以下「更新」という。）を申請する場合、申請者は、更新申請書（別紙様式第1号）に臨床調査個人票、被保険者証等及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、都道府県知事等あて申請させること。都道府県知事等は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の可否等についての判定を求めるとともに、更新が必要であると認められるものについて、更新後の新たな受給者証を交付すること。また、更新を必要としないと認められるものについては認定しない旨、本要綱第5の1（1）の却下手続に準じて通知書を交付するとともに、同（3）に準じて医療費申告書を交付すること。

第6 (略)

第7 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

特定医療費の支給は、受診者が受給者証を指定医療機関に提示して受けた指定特定医療に係る費用について都道府県等が当該指定医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

2 指定医療機関

都道府県知事等は、法第24条第1号で定めるところにより、指定を行った指定医療機関についての一覧を作成し、公示すること。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を、各月ごとに公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付すること。

4 指定難病審査会における判定

第4の3により判定を求められた指定難病審査会は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病及びその病状の程度等について医学的知見に基づく判定を的確に行い、都道府県知事に判定の結果を報告すること。

5～7 (略)

8 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間が終了した際の支給認定の更新（以下「更新」という。）を申請する場合、申請者は、更新申請書（別紙様式第1号）に臨床調査個人票、被保険者証等及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、都道府県知事あて申請させること。都道府県知事は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の可否等についての判定を求めるとともに、更新が必要であると認められるものについて、更新後の新たな受給者証を交付すること。また、更新を必要としないと認められるものについては認定しない旨、本要綱第5の1（1）の却下手続に準じて通知書を交付するとともに、同（3）に準じて医療費申告書を交付すること。

第6 (略)

第7 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

特定医療費の支給は、受診者が受給者証を指定医療機関に提示して受けた指定特定医療に係る費用について都道府県が当該指定医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

2 指定医療機関

都道府県知事は、法第24条第1号で定めるところにより、指定を行った指定医療機関についての一覧を作成し、公示すること。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を、各月ごとに公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付すること。

3～4 (略)

第8 (略)

3～4 (略)

第8 (略)

別紙様式第1号

別紙様式第1号

新規・更新・変更申請共用

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）									
(※1)									
受診者	フリガナ				生年月日				
	氏名				年齢	年 月 日			
	個人番号				性別	年 月 日			
	フリガナ				年齢	年 月 日			
加入医療保険	フリガナ				電話				
	住所				受診者との続柄				
	被保険者氏名				被保険者証の記号・番号				
	保険種別				被保険者証の発行機関名				
申請者	フリガナ				受診者との関係				
	氏名				電話番号(※2)				
	個人番号				住所(※2)				
	フリガナ				住所(※2)				
病名									
自己負担上限額の特別(該当するものに印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(高額難病治療継続者)			
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当							
今回申請する受診者と同じ世帯内にあ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					有(氏名)) ・ 無				
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関名				所在地				
受給者番号(※3)									
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。									
申請者氏名									
年 月 日									
〇〇〇都道府県知事 殿									

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別途「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別途「研究利用に関するご説明」とおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

受診者氏名

申請者氏名

年 月 日

厚生労働大臣 殿

(※4)

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 更新または変更の方のみ記入。

※4 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

別紙様式第1号別添 (略)

別紙様式第1号

別紙様式第1号

新規・更新・変更申請共用

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）										
(※1)										
受診者	フリガナ				性別	男・女		年齢		
	氏名				年齢	年 月 日				
	個人番号				性別	年 月 日				
	フリガナ				年齢	年 月 日				
加入医療保険	フリガナ				電話					
	住所				受診者との続柄					
	被保険者氏名				被保険者証の記号・番号					
	保険種別				被保険者証の発行機関名					
申請者	フリガナ				受診者との関係					
	氏名				電話番号(※2)					
	個人番号				住所(※2)					
	フリガナ				住所(※2)					
病名										
自己負担上限額の特別(該当するものに印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(高額難病治療継続者)				
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当								
今回申請する受診者と同じ世帯内にあ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					有(氏名)) ・ 無					
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関名				所在地					
受給者番号(※3)										
私は、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。										
申請者氏名										
年 月 日										
〇〇〇都道府県知事 殿										

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別途「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別途「研究利用に関するご説明」とおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

受診者氏名

申請者氏名

年 月 日

厚生労働大臣 殿

(※4)

(※4、※5)

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 更新または変更の方のみ記入。

※4 氏名については、氏名欄の性別自認による署名のいずれかとする。

※5 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入。

別紙様式第1号別添 (略)

別紙様式第2号（表面）

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号									
特定医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ				生年月日				
	氏名				年月日				
	フリガナ								
	住所								
	保険者（※1）								
	被保険者証の記号及び番号（※2）				適用区分				
病名									
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ					続柄			
	氏名								
	フリガナ								
	住所								
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所		所在地						
	薬局		所在地						
	訪問看護事業者等		所在地						
負 担	自己負担上限額		月額		円		階層区		
	人工呼吸器等装着		該当・非該当		高額かつ長期		該当・非該当		
	軽症高額該当		該当・非該当						
	受診者と同じ世帯内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者			有		無			
有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで					
上記のとおり認定する。 年 月 日 ○○○○都道府県知事 印									

※1 後期高齢者医療広域連合を含む
※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

別紙様式第2号（表面）

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号									
特定医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ				性 別		生年月日		
	氏名				男・女		年月日		
	フリガナ								
	住所								
	保険者（※1）								
	被保険者証の記号及び番号（※2）				適用区分				
病名									
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ					続柄			
	氏名								
	フリガナ								
	住所								
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所		所在地						
	薬局		所在地						
	訪問看護事業者等		所在地						
負 担	自己負担上限額		月額		円		階層区		
	人工呼吸器等装着		該当・非該当		高額かつ長期		該当・非該当		
	軽症高額該当		該当・非該当						
	受診者と同じ世帯内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者			有		無			
有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで					
上記のとおり認定する。 年 月 日 ○○○○都道府県知事 印									

※1 後期高齢者医療広域連合を含む
※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

第3号

別紙様式第3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	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円

日 付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日 付	指定医療機関名
月 日	

※ 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。

第3号

別紙様式第3号

特定医療費（指定難病）

平成 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円

日 付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
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、当月の自己負担上限額に達しました。

日 付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※ 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。

支給認定と
変更認定共用

番 号
年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

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、下記により認定されませんでしたので通知します。

理由

- 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
【指定難病名：】

(1) 病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため

(2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため

3. その他

(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

(2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため

(3) その他 ()

教 示

（不服申立てについて）

この処分について不服がある場合は、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か月以内に〇〇〇〇都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（障害福祉サービス等について）

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。

- 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）の支給認定申請時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。

指定難病にかかっていることに関する問合せ先

〇〇〇都道府県〇〇〇局(部)〇〇〇課〇〇〇係 (TEL 000-000-0000)
又は〇〇〇保健所 (TEL 000-000-0000)

支給認定と
変更認定共用

番 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

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、下記により認定されませんでしたので通知します。

理由

- 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
【指定難病名：】

(1) 病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため

(2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため

3. その他

(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

(2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため

(3) その他 ()

教 示

（不服申立てについて）

この処分について不服がある場合は、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か月以内に〇〇〇〇都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（障害福祉サービス等について）

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。

- 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）の支給認定申請時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。

指定難病にかかっていることに関する問合せ先

〇〇〇都道府県〇〇〇局(部)〇〇〇課〇〇〇係 (TEL 000-000-0000)
又は〇〇〇保健所 (TEL 000-000-0000)

第5号

別紙様式第5号

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届					
受診者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	個人番号		歳		
	フリガナ				
	住 所				
保 護 者	フリガナ		受診者との関係		
	氏 名				
	個人番号				
	フリガナ				
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)				
受 給 者 番 号					
変 更 の 有 る 事 項 に 関	事 項		変 更 前	変 更 後	
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者)			
	<input 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					
年 月 日					
〇〇〇〇都道府県知事 殿					

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

第5号

別紙様式第5号

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届							
受診者	フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齢	生 年 月 日	
	氏 名					年 月 日	
	個人番号		歳				
	フリガナ						
	住 所						
保 護 者	フリガナ		受診者との関係				
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ						
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)						
受 給 者 番 号							
変 更 の 有 る 事 項 に 関	事 項		変 更 前	変 更 後			
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者)					
	<input 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							
年 月 日							
〇〇〇〇都道府県知事 殿							

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

※2 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

別紙様式第6号

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

指定難病である _____ ※に係る医療費については、下記のとおりです。

※ かかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 の 内 訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費 (円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、軽症高額該当を理由として申請しようとする方は33,330円を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

別紙様式第6号

平成 年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

指定難病である _____ ※に係る医療費については、下記のとおりです。

※ かかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 の 内 訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費 (円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、軽症高額該当を理由として申請しようとする方は33,330円を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。