

健生発 1130 第 15 号  
令和 5 年 11 月 30 日

各 { 都道府県知事 } 殿  
      { 指定都市市長 }

厚生労働省健康・生活衛生局長  
( 公 印 省 略 )

「特定医療費の支給認定について」の一部改正について

「特定医療費の支給認定について（通知）」（平成 26 年 12 月 3 日健発 1203 第 1 号厚生労働省健康局長通知）の別紙「特定医療費支給認定実施要綱」について、令和 4 年の地方からの提案等に関する対応方針（令和 4 年 12 月 20 日閣議決定）等を踏まえ、別添新旧対照表のとおり改め、令和 5 年 11 月 30 日から適用することとしたので、貴職におかれても、御了知の上、実施に遺漏のなきよう配意されたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

# 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<br/>最終一部改正 令和 5 年11月30日 健生発1130第15号</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られたい。</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）（略）</p> <p>（2）（1）の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）及び同一の月の受けた小児慢性特定疾病（児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病をいう。）に係る小児慢性特定疾病医療支援（同法第 6 条の 2 第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、当該特定医療に係る支給認定を受けた日の属する月以前のものに限る。）に要した医療費総額が 5 万円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の 12 月以内に既に 6 月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。</p> <p>④' 一般所得（高額継続）Ⅰ 負担上限月額 5, 0 0 0 円</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<br/>最終一部改正 令和 5 年 9 月14日 健生発0914第 8 号</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られたい。</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）（略）</p> <p>（2）（1）の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）及び同一の月の受けた小児慢性特定疾病（児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病をいう。）に係る小児慢性特定疾病医療支援（同法第 6 条の 2 第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、当該特定医療に係る支給認定を受けた日の属する月以前のものに限る。）に要した医療費総額が 5 万円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の 12 月以内に既に 6 月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。</p> <p>④' 一般所得（高額継続）Ⅰ 負担上限月額 5, 0 0 0 円</p> |

- ⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ 負担上限月額 10,000 円  
⑥' 上位所得（高額継続） 負担上限月額 20,000 円

(3) ~ (4) (略)

## 2 各所得区分の所得の内容等

(1) (略)

(2) 1 (1) の所得区分のうち「②低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注 1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が 80 万円以下である場合

- ・ 地方税法 （昭和 25 年法律第 226 号） 上の合計所得金額（注 2）  
（合計所得金額が 0 円を下回る場合は、0 円とする。）
- ・ 所得税法 （昭和 40 年法律第 33 号） 上の公的年金等の収入金額（注 3）

3)

- ・ その他厚生労働省令で定める給付（注 4）

（注 1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が 4 月から 6 月である場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。

（注 2）「合計所得金額」とは、地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から所得税法第 35 条第 2 項 第 1 号に掲げる金額を控除した額とする。

（注 3） ~ （注 4） (略)

- ⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ 負担上限月額 10,000 円  
⑥' 上位所得（高額継続） 負担上限月額 20,000 円

(3) ~ (4) (略)

## 2 各所得区分の所得の内容等

(1) (略)

(2) 1 (1) の所得区分のうち「②低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注 1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が 80 万円以下である場合

- ・ 地方税法上の合計所得金額（注 2）  
（合計所得金額が 0 円を下回る場合は、0 円とする。）
- ・ 所得税法上の公的年金等の収入金額（注 3）

- ・ その他厚生労働省令で定める給付（注 4）

（注 1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が 4 月から 6 月である場合にあっては、前年度）分の地方税法 （昭和 25 年法律第 226 号） の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。

（注 2）「合計所得金額」とは、地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、所得税法 （昭和 40 年法律第 33 号） 第 35 条第 2 項に 規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を 80 万円として算定した額とする。

（注 3） ~ （注 4） (略)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>② (略)</p> <p>(3) ～ (10) (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>第4 (略)</p> <p>第5 支給認定<br/>1～4 (略)</p> <p>5 未申告者の取扱い<br/>税制上の申告をしていない者については、<u>申告を求めるなどにより、課税・非課税の確認を行うこと。ただし、地方税法の規定による市町村民税が課されない者又は市町村の条例に基づき当該市町村民税が免除されている者であつて、かつ、市町村の条例により地方税法上の申告義務を免除されている者であることが都道府県等において確認できた場合には、所得区分を「③低所得Ⅱ」として取り扱い、申告を求める必要はないこと。</u><br/>非課税であることが確認できなければ、所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこと。</p> <p>6～8 (略)</p> <p>第6 (略)</p> <p>第7 特定医療費の支給等<br/>1～3 (略)</p> <p>4 診療報酬の審査、決定及び支払<br/>診療報酬の審査については「特定医療費の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（<u>平成26年11月12日付け健発1112第10号</u>厚生労働省健康局長通知）及び「特定医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（<u>平成26年11月12日付け健発1112第12号</u>厚生労働省健康局長通知）の定めるところによること。</p> | <p>② (略)</p> <p>(3) ～ (10) (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>第4 (略)</p> <p>第5 支給認定<br/>1～4 (略)</p> <p>5 未申告者の取扱い<br/><u>非課税であることから</u>税制上の申告をして<u>おらず、課税・非課税の確認がとれない者</u>については、<u>原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。</u></p> <p><u>なお、</u>非課税であることが確認できなければ、所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこと。</p> <p>6～8 (略)</p> <p>第6 (略)</p> <p>第7 特定医療費の支給等<br/>1～3 (略)</p> <p>4 診療報酬の審査、決定及び支払<br/>診療報酬の審査については「特定医療費の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（<u>健発1112第10号平成26年11月12日</u>厚生労働省健康局長通知）及び「特定医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（<u>健発1112第12号平成26年11月12日</u>厚生労働省健康局長通知）の定めるところによること。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

第 8 （略）

別紙様式 1 号別添 （略）

第 8 （略）

別紙様式 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          | 生年月日                                                                                                                                 |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 氏名                       |          |  |             |                                                                                                                                      | 年 月 日             |  |  |  |
|                                                                                                          | 個人番号                     |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | フリガナ                     |          |  | 電話          |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 住所                       |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 加入医療保険                                                                                                   | 加入医療保険                   |          |  | 受診者の続柄      |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者名                     |          |  | 医療保険者の氏名・姓  |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者種別                    |          |  | 医療保険者の住所・市町 |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者住所                    |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 所在地                      |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 申請者                                                                                                      | フリガナ                     |          |  | 受診者との関係     |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 氏名                       |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 個人番号                     |          |  | 電話番号(※2)    |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 住所(※2)                   |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 氏名                                                                                                       |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 自己負担上限額の特別(該当するものに)                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装置 |  |             | <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、訪問看護事業所等を含む)                                                                          | 医療機関名                    |          |  |             | 所在地                                                                                                                                  |                   |  |  |  |
|                                                                                                          |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 受診者番号(※3)                                                                                                |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 特定医療費の支給を開始することとなる年月日(※4.5)                                                                              |                          |          |  |             | 【支給の期が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】<br>□医療費調査個人票の受領に遅れたため<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 |                   |  |  |  |
| 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<br>年 月 日<br>〇〇〇〇都道府県知事(指定都市市長) 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同意」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同意」のとおり、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                                                                                                    | (※6)                     |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                    | 年 月 日                    |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 学生労働大臣 殿                                                                                                 | 学生労働大臣 殿                 |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |

※1 新規・更新・変更のいずれかに該当する。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。  
 ※3 更新または変更の際のみ記入。  
 ※4 特定医療費の支給開始日は、指定医師審査依頼書に添付している申請した日又は軽症高額の認定を受けた日の翌日(ただし限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可能な場合を除く)の期日)まで遡ること可能。  
 ※5 申請の提出は、原則、記入不要。  
 ※6 患者が未成年又は成年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(裏面) (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          | 生年月日                                                                                                                                 |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 氏名                       |          |  |             |                                                                                                                                      | 年 月 日             |  |  |  |
|                                                                                                          | 個人番号                     |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | フリガナ                     |          |  | 電話          |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 住所                       |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 加入医療保険                                                                                                   | 加入医療保険                   |          |  | 受診者の続柄      |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者名                     |          |  | 医療保険者の氏名・姓  |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者種別                    |          |  | 医療保険者の住所・市町 |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 保険者住所                    |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 所在地                      |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 申請者                                                                                                      | フリガナ                     |          |  | 受診者との関係     |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 氏名                       |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 個人番号                     |          |  | 電話番号(※2)    |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
|                                                                                                          | 住所(※2)                   |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 氏名                                                                                                       |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 自己負担上限額の特別(該当するものに)                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装置 |  |             | <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、訪問看護事業所等を含む)                                                                          | 医療機関名                    |          |  |             | 所在地                                                                                                                                  |                   |  |  |  |
|                                                                                                          |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 受診者番号(※3)                                                                                                |                          |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 特定医療費の支給を開始することとなる年月日(※4.5)                                                                              |                          |          |  |             | 【支給の期が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】<br>□医療費調査個人票の受領に遅れたため<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 |                   |  |  |  |
| 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<br>年 月 日<br>〇〇〇〇都道府県知事 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同意」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同意」のとおり、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                                                                                                    | (※6)                     |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                    | 年 月 日                    |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |
| 学生労働大臣 殿                                                                                                 | 学生労働大臣 殿                 |          |  |             |                                                                                                                                      |                   |  |  |  |

※1 新規・更新・変更のいずれかに該当する。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。  
 ※3 更新または変更の際のみ記入。  
 ※4 特定医療費の支給開始日は、指定医師審査依頼書に添付している申請した日又は軽症高額の認定を受けた日の翌日(ただし限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可能な場合を除く)の期日)まで遡ること可能。  
 ※5 申請の提出は、原則、記入不要。  
 ※6 患者が未成年又は成年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(裏面) (略)

別紙様式第2号（表面）

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<br>診<br>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<br>記号及び番号（※2）                          |                   |       |        |         | 適用区分        |  |  |  |
| 病 名                                       |                                               |                   |       |        |         |             |  |  |  |
| 保護者（受診者が18歳未満<br>の場合記入）                   | フリガナ                                          |                   |       |        |         | 続 柄         |  |  |  |
|                                           | 氏 名                                           |                   |       |        |         |             |  |  |  |
|                                           | フリガナ                                          |                   |       |        |         |             |  |  |  |
|                                           | 住 所                                           |                   |       |        |         |             |  |  |  |
| 指 定 医<br>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<br>担                                    | 自己負担上限額                                       | 月 額               |       | 円      | 階 層 区 分 |             |  |  |  |
|                                           | 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いる<br>指定難病又は小児慢性特定疾病の<br>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。<br>年 月 日 ○○○○都道府県知事（指定都市市長） 日 |                                               |                   |       |        |         |             |  |  |  |

※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（裏面）、第3号（略）

別紙様式第2号（表面）

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<br>診<br>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<br>記号及び番号（※2）                          |                   |       |        |         | 適用区分        |  |  |  |
| 病 名                               |                                               |                   |       |        |         |             |  |  |  |
| 保護者（受診者が18歳未満<br>の場合記入）           | フリガナ                                          |                   |       |        |         | 続 柄         |  |  |  |
|                                   | 氏 名                                           |                   |       |        |         |             |  |  |  |
|                                   | フリガナ                                          |                   |       |        |         |             |  |  |  |
|                                   | 住 所                                           |                   |       |        |         |             |  |  |  |
| 指 定 医<br>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<br>担                            | 自己負担上限額                                       | 月 額               |       | 円      | 階 層 区 分 |             |  |  |  |
|                                   | 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いる<br>指定難病又は小児慢性特定疾病の<br>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。<br>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（裏面）、第3号（略）

## 別紙様式第4号

別紙様式第4号

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（指定都市市長） 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

## （不届申立てについて）

この処分について不届がある場合は、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判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判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判の送達を受けた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）

## 別紙様式第4号

別紙様式第4号

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

## （不届申立てについて）

この処分について不届がある場合は、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判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判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判の送達を受けた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）

別紙様式第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<br>診<br>者                                            | フリガナ                                                                            |       | 年 月 日   | 生 年 月 日 |  |
|                                                        | 氏 名                                                                             |       |         |         |  |
|                                                        | 個人番号                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | フリガナ                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | 住 所                                                                             |       |         |         |  |
| 保<br>護<br>者                                            | フリガナ                                                                            |       | 受給者との関係 |         |  |
|                                                        | 氏 名                                                                             |       |         |         |  |
|                                                        | 個人番号                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | フリガナ                                                                            |       |         |         |  |
| 住 所<br>(受診者と異なる場合に記入)                                  |                                                                                 |       |         |         |  |
| 受 給 者 番 号                                              |                                                                                 |       |         |         |  |
| 変<br>更<br>の<br>あ<br>る<br>事<br>項                        | 事 項                                                                             | 変 更 前 | 変 更 後   |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 受給者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 新保険者証に関する事項<br>(記号及び番号・保険者<br>名・保険者所在地・受診<br>者と同一の加入者) |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分                                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 支給認定基準等委員<br>に関する情報<br>(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〔指定都市市長〕 殿                                   |                                                                                 |       |         |         |  |

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸装置等・軽度高額該当・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 (略)

別紙様式第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<br>診<br>者                                            | フリガナ                                                                            |       | 年 月 日   | 生 年 月 日 |  |
|                                                        | 氏 名                                                                             |       |         |         |  |
|                                                        | 個人番号                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | フリガナ                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | 住 所                                                                             |       |         |         |  |
| 保<br>護<br>者                                            | フリガナ                                                                            |       | 受給者との関係 |         |  |
|                                                        | 氏 名                                                                             |       |         |         |  |
|                                                        | 個人番号                                                                            |       |         |         |  |
|                                                        | フリガナ                                                                            |       |         |         |  |
| 住 所<br>(受診者と異なる場合に記入)                                  |                                                                                 |       |         |         |  |
| 受 給 者 番 号                                              |                                                                                 |       |         |         |  |
| 変<br>更<br>の<br>あ<br>る<br>事<br>項                        | 事 項                                                                             | 変 更 前 | 変 更 後   |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 受給者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 新保険者証に関する事項<br>(記号及び番号・保険者<br>名・保険者所在地・受診<br>者と同一の加入者) |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分                                              |       |         |         |  |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 支給認定基準等委員<br>に関する情報<br>(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・人工呼吸装置等・軽度高額該当・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 (略)