

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の支給に関する規則をここに公布する。

平成二十六年十二月十二日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第四十五号

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の支給に関する規則
(趣旨)

第一条 この規則は、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号。以下「法」という。）、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成二十六年政令第三百五十八号）及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第二百一十一号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、特定医療費の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(特定医療費支給認定の申請等)

第二条 法第六条第一項又は第十条第一項の申請は、特定医療費支給認定申請書（新規・変更）（第一号様式）に次の表の上欄に掲げる区分に応じ、同表下欄に掲げる書類を添えて行うものとする。

法第六条第一項の申請	一 指定医（法第六条第一項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成した診断書 二 その他知事が必要と認める書類
法第十条第一項の申請	一 変更の生じた理由を証する書類 二 医療受給者証（以下「受給者証」という。）

2 知事は、法第六条第一項の申請があった場合において、法第七条第一項の規定により支給認定を行ったときは、指定難病特定医療受給者証（第二号様式）を交付し、支給認定を行わなかったときは、特定医療不認定通知書（第三号様式）により通知するものとする。

(申請内容の変更の届出)

第三条 施行規則第十三条第一項の規定による変更の届出は、特定医療受給者証等記載

事項変更届（第四号様式）に、受給者証を添えて行うものとする。

（指定医の指定申請）

第四条 施行規則第十六条第一項の申請は、指定医指定申請書（第五号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の指定申請）

第五条 法第十四条第一項の申請は、指定医療機関指定申請書（第六号様式）により行うものとする。

（その他）

第六条 この規則に定めるもののほか、特定医療費の支給に関し必要な事項は、知事が定める。

附 則

この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

(裏面)

<同意について>

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、この申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

○受診を希望する医療機関等について、表面の枠が足りない場合は、下記にお書きください。

医療機関等 (医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

○生活保護受給者の方も記入してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
2	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
3	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
4	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
5	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
6	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
7	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]

第2号様式 (第2条関係)

(難) 指定難病 特定医療受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
氏名			
受給者	生年月日	性別	
住所			
保護者	氏名	続柄	
住所			
疾病名			
受診指定医療機関	名称		
	名称		
	名称		
	名称		
有効期間			
保険者		適用区分	
被保険者証の 記号・番号			
自己負担上限額	月額	円	階層区分
食費		特例	
奈良県知事 印			
交付年月日			

第3号様式（第2条関係）

第 号
年 月 日

特定医療不認定通知書

申請者

殿

奈良県知事 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

教 示

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60日以内に奈良県知事に対して異議申立て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、奈良県を被告として（訴訟において奈良県を代表する者は奈良県知事となります。）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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定の日から起算して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。）

(裏面)

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との 続柄	住民票が別の 場合○	加入医療保険種別と被 保険者・被扶養者の別
1	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
2	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
3	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
4	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
5	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
6	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
7	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者

○医療保険証の写し（コピー）を提出していただく方

保 険 種 別	医療保険証のコピーを提出していただく方	
国民健康保険（退職国保を含む。） 国民健康保険組合	同じ国保に加入している方全員分 ※同一市町村の国保と退職国保は同じ国保です。	
後期高齢者医療制度	同じ住民票上で、後期高齢者に加入している方全員分	
被用者保険 （協会健保・健保組 合・共済 等）	受診者が被保険者本人の場合	受診者本人の分のみ
	受診者以外が被保険者とな っている場合 （受診者が被扶養者「家 族」）	被保険者の分及び受診者の分

指定医指定申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

医師氏名 印

住 所 〒

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号	医 籍 登 録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日
申 請 区 分	難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医			
記① 載 から ③ ま で の い ず れ か を ※	①	専 門 医 の 資 格 の 名 称	専 門 医 の 認 定 機 関	
	②	研 修 の 名 称	研 修 了 日	年 月 日
	③	指 定 難 病 診 断 等 の 経 験	有 ・ 無	指 定 難 病 名 (1 疾 病)
※ 上記①から③までの記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合 ②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合 ③を記載する場合：経過措置による難病指定医の申請の場合				
主たる勤務先の 医 療 機 関	医 療 機 関 名			
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担 当 す る 診 療 科			

添付書類

- 1 経歴書
 - 2 医師免許証の写し
 - 3 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
 - 4 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- （裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

第6号様式（第5条関係）

（その1）

指定医療機関指定申請書（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号	電話：	F A X：	
	医療機関コード			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標榜 ^{ぼう} している診療科名				
役員 ^{やくいん} の氏名及び職名		(別紙)		
<p>上記のとおり、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）第14条第1項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。</p> <p>また、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

(その2)

指定医療機関指定申請書（薬局）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号	電話：	F A X：	
	薬 局 コ ー ド			
開 設 者	住 所			
	氏 名 又 は 名 称			
	生 年 月 日		職 名	
役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙)		
<p>上記のとおり、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）第14条第1項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。 また、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称</p> <p>印</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

(その3)

指定医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等）

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称			
	主たる事務所の所在地		〒	
	電 話 番 号		電話： FAX：	
	代 表 者	住 所		
		氏 名		
生 年 月 日				
職 名				
訪問看護ステーション等	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号		電話： FAX：	
役員の氏名及び職名	(別紙)			
訪問看護ステーションコード [※] 又は 介護保険事業者番号				
<p>上記のとおり、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）第14条第1項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。</p> <p>また、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p>所在地 名 称 代表者</p> <p>奈良県知事 殿</p> <p>印</p>				

