

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の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十八日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第五十二号

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の一部を改正する規則

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（平成二十六年十二月奈良県規則第四十五号）の一部を次のように改正する。

第一号様式を次のように改める。

受給者番号					

特定医療費支給認定申請書（新規・変更）

奈良県知事 殿

年 月 日

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意し、特定医療費の支給を申請します。（詳細については、裏面を参照）

受診者	フリガナ											性別	男・女	年齢	生年月日								
	氏名														印 (自署又は記名押印)	歳	明治	大正	昭和	平成			
	個人番号																						
	住所	〒											この住所を受給者証等の送付先とする。 <input type="checkbox"/>										
		フリガナ	奈良県																				
	電話	自宅											携帯										
	加入医療保険	被保険者氏名											受診者との続柄	本人・家族									
		保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保										被保険者証の記号・番号										
		被保険者証発行機関名																					
		所在地																					
介護保険の要介護認定		認定を受けて いない ・ いる (※介護保険被保険者証の写しの提出が必要です。)																					

申請者(保護者※)	<input type="checkbox"/> 上記受診者と同じ。(下記申請者欄の記載は、不要です。) <input type="checkbox"/> 受診者以外(下記申請者欄に記載してください。) ※受診者が未成年者の場合は、保護者が申請者となります。																					
	フリガナ											受診者との関係	本人・家族()									
	氏名												電話									
	個人番号																					
	住所	〒											この住所を受給者証等の送付先とする。 <input type="checkbox"/>									
フリガナ																						

疾病名											同一人物が他の疾患で特定医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。()									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特例(該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(高額難病治療継続者)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------------	--------------------------

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか		いない・いる(氏名)	()	受給者番号	()
---------------------------	--	------------	-----	-------	-----

受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか		いない・いる(氏名)	()	受給者番号	()
-------------------------------	--	------------	-----	-------	-----

受診を希望する指定医療機関(訪問看護事業所及び薬局を含む。)	①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。臨床調査個人票に記載した指定医療機関を必ず記載してください。 ②利用する調剤薬局を記載してください。 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護用の申請書の提出が必要です。																			
--------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関等(医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地	保健所受付印

整理欄

【裏面の世帯調書にもご記入ください。】

(裏面)

○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]
	個人番号				
2		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				
3		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				
4		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				
5		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				
6		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				
7		M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者]
	個人番号				

<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。

第四号様式を次のように改める。

特定医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

受診者名 _____

◎変更される事項にをし、新しい情報を記載してください。

受診者に関する事項

<input type="checkbox"/>	フリガナ											
<input type="checkbox"/>	氏名											
<input type="checkbox"/>	個人番号				-							
<input type="checkbox"/>	住所	〒								※この住所を受給者証等の送付先とする。	<input type="checkbox"/>	
		フリガナ	奈良県									
<input type="checkbox"/>	電話	自宅						携帯				

- ・氏名変更は、変更後の氏名が分かるものの写しを添付してください。
- ・住所変更は、変更後の住民票を添付してください。

被保険者証に関する事項

<input type="checkbox"/>	被保険者氏名			受診者との続柄	本人 ・ 家族
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	被保険者証の記号・番号		
	被保険者証発行機関名				
	所在地				

- ・被保険者証に関する事項の変更により医療保険上の世帯員が変わり、自己負担上限額（階層区分）を変更する場合は、特定医療費支給認定申請書（変更）に必要な書類を添付して申請してください。
- ・自己負担上限額（階層区分）に変更のない場合は、新たな「保険証の写し」（裏面参照）を「保険証貼付用紙」に貼り、「同意書」と一緒に提出してください。 ※裏面の世帯調書を記載してください。

申請者（保護者）に関する事項 ※受診者が未成年の場合、保護者が申請者になります。

<input type="checkbox"/>	フリガナ							受診者との関係	本人		
<input type="checkbox"/>	氏名								その他（ ）		
<input type="checkbox"/>	個人番号				-						
	電話										
<input type="checkbox"/>	住所	〒								※この住所を受給者証等の送付先とする。	<input type="checkbox"/>
		フリガナ									

<p>私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療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。</p> <p>奈良県知事 殿</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="right">届出者氏名 _____ 印</p> <p align="center" style="font-size: small;">(署名又は記名押印)</p> <p align="center">受診者との続柄 ()</p>	<p>保健所受付印</p> <p>整理欄</p>
---	---

※1 指定医療機関、自己負担上限額（階層区分・人工呼吸器等装着・軽症高額該当・高額かつ長期・世帯内按分）及び指定難病の名称変更については、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）に必要な書類を添付して申請すること。

※2 重症患者認定は、指定難病重症申請書に必要な書類を添付して申請すること。対象となるのは、特定疾患治療研究事業の医療費助成を受けていた方のみとする。

(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
	個人番号	-			
2		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			
3		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			
4		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			
5		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			
6		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			
7		M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号	-			

○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

附 則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。