

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。

令和元年九月十三日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第十六号

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
 下記のとおり特定医療費の支給を申請します。

受診者	氏名	フリガナ 	性別 男・女	年齢 歳	生年月日		
	個人番号				年 月 日		
	住所	〒	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			保険者番号			

受給者証等の送付先 受診者 その他（下記に記入してください。）

受診者以外への送付を希望する場合は、「その他」に☑し、希望の送付先を記入	送付先氏名	フリガナ 	受診者との関係	
	送付先住所	〒		

申請者	申請者区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 受診者 ※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。 <input type="checkbox"/> 保護者 ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。 <input type="checkbox"/> その他 ※別途、委任状等の提出が必要です。					
	氏名	フリガナ 	印 (自署又は記名押印)	電話			
	個人番号※			←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。			
	住所	フリガナ 					

疾病名						同一人物が他の疾患で特定医療費助成又は小児慢性特定疾病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 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)

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいですか（申請中の方を含む。）	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ですか（申請中の方を含む。）	いない・いる（氏名）	受給者番号（）

※受給者証の写しの提出が必要です。

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。
 ②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。
 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護利用届の提出が必要です。

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

その他なし

厚生労働大臣殿

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ます。

年 月 日 申請者署名 印
 (自署又は記名押印)

【裏面の世帯調書にもご記入ください。】

(裏面)

受診を希望する指定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。	
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

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、その方も記載してください。 ○生活保護受給者の方も記載してください。											
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					. .				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		
	個人番号				-						
2					. .				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		
	個人番号				-						
3					. .				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		
	個人番号				-						
4					. .				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		
	個人番号				-						
5					. .				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		
	個人番号				-						
6					. .				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		
	個人番号				-						
7					. .				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		
	個人番号				-						

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"/>	氏名	フリガナ															
	個人番号						-						-				
<input type="checkbox"/>	住所	〒															
		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

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		保険者番号	

・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。

申請者に関する事項

申請者区分 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 受診者	※申請者は原則受診者です。申請者欄の記載は不要です。																
	<input type="checkbox"/> 保護者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。																
	<input type="checkbox"/> その他	※別途、委任状等の提出が必要です。																
氏名	フリガナ										電話							
個人番号※							-											←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。
住所	〒																	
	フリガナ																	

◎希望される受給者証等の送付先に☑をしてください。

<input type="checkbox"/>	受診者																	
<input type="checkbox"/>	保護者																	
<input type="checkbox"/>	その他	氏名	フリガナ	住所	〒													

奈良県知事 殿

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。

年 月 日

届出者氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印)

受診者との続柄 ()

保健所受付印

整理欄

※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。

(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、その方も記載してください。 ○生活保護受給者の方も記載してください。														
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										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
2										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
3										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
4										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
5										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
6										. .				(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 ・ 被扶養者
	個人番号					-				-				
7										. .				(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 ・ 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

「明治 昭和 平成」
第五号様式中
大昭和 平成
年 月 日 を 「 年 月 日 」 に
改める。

「大正 昭和 平成」
年 月 日 を 「 年 月 日 」 に改める。

第六号様式(その一) 中

「 標準 <small>ほうりょう</small> している診療科名	
---------------------------------------	--

「 を	開 業 年 月 日	
	標準 <small>ほうりょう</small> している診療科名	

「
に改め、同様式(その二) 中
」
「
役員やくいんの氏名

「 を	開 業 役員 <small>やくいん</small> の
及 び 職 名 (別紙)	

年 月 日	「 に改め、同 氏名及び職名 (別紙)
-------	------------------------------

様式（その三）中

所在地	電話 番号
	電話： FAX：

を

所在地	
電話番号	電話： FAX：
開業年月日	

に改める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の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（以下「改正前の規則」という。）の規定により提出されている申請書及び届出書は、この規則による改正後の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（以下「改正後の規則」という。）の相当規定により提出されたものとみなす。

3 この規則の施行の際改正前の規則の規定による用紙で現に残存するものは、改正後の規則の規定にかかわらず、令和二年三月三十一日までの間なお使用することができる。