

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。

令和六年三月二十九日

奈良県知事 山下 真

#### 奈良県規則第五十四号

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。

題名を次のように改める。

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等に関する規則

第一条中「支給」を「支給等」に改める。

第六条中「支給」を「支給等」に改め、同条を第七条とし、第五条の次に次の一条を加える。

（指定難病登録者証の申請等）

**第六条** 法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業に係る指定難病登録者証の申請は、指定難病登録者証申請書（第七号様式）に、指定難病（法第五条第一項に規定する指定難病をいう。）にかかっていることを証明する書類を添えて行うものとする。

2 指定難病要支援者証明事業に係る施行規則第五十条の二ただし書の書面は、指定難病登録者証（第八号様式）とする。  
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  
 次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				年齢	歳	生年月日			
	個人番号										
	住所	フリガナ									
		〒 奈良県									
	電話	自宅				携帯					
	加入医療保険	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								
	受診者との続柄	家族・本人（保険種別が国保・国保組合の場合又は本人が被保険者の場合）									
	被保険者証の記号・番号	記号		番号							
	被保険者氏名										
	被保険者番号										
	被保険者証発行機関名										

受給者証等の送付先  受診者  その他（次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				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ますか（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ますか（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。

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由に☑】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他	保健所受付印
			整理欄 その他なし

【裏面にもご記入ください。】

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。）	
医療機関等 （医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名）	所在地

世帯調査						
○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	住民票が別の場合に○	受診者と同じ保険の加入者に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	
1	年 月 日	受診者本人			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	年 月 日	父・母・兄弟・姉・妹 祖父・祖母 その他（ ）			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	-					

指定難病の医療費助成における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意欄	
厚生労働大臣 殿	年 月 日
<p>私は、「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。</p>	
住所	患者署名
<p>患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。</p>	
	代理人署名

第六号様式の次に次の二様式を加える。

指定難病登録者証申請書						
要 支 援 者	フリガナ		年 齢	歳	生年月日	
	氏名				年 月 日	
	個人番号					
	フリガナ				電 話	
住所						
申 請 者	フリガナ			要 支 援 者 と の 関 係		
	氏名					
	フリガナ			電 話 番 号		
	住所					
病名						
<p>私は、上記のとおり、登録者証を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>奈良県知事 殿</p>						

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、「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。

<p>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、「研究利用に関するご説明」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に同意します。</p>	
要支援者氏名	
申請者氏名	
	年 月 日
厚生労働大臣 殿	

第8号様式（第6条関係）

指定難病登録者証			
要 支 援 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
有効期間開始年月日		年 月 日	
上記のとおり証明する。			
年 月		奈良県知事	印

注意事項

- 1 この証は、各市町村における障害福祉サービスの利用申請等において、指定難病患者であることを証明する書類として利用できます。
- 2 死亡等で登録者証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに奈良県知事に返還してください。
- 3 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、奈良県知事に再交付の申請を行ってください。
- 4 その他この証明書に関する問合せは、下記に連絡してください。

連絡先

奈良市保健所 0742-93-8397

奈良県中和保健所 0744-48-3036

奈良県吉野保健所 0747-64-8133

奈良県郡山保健所 0743-51-0195

奈良県中和保健所高田出張所 0745-51-8133

## 附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和六年四月一日から施行する。

(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等に関する規則（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、当分の間、所要の調整をして使用することができる。