

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の一部を改正する規則をここに公布する。

令和六年十一月二十九日

奈良県知事 山下 真

### 奈良県規則第二十五号

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等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等に関する規則（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  
 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）										
	記号・番号	記号				番号						
	被保険者氏名											
	保険者番号											
	保険者											

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※				-						
	住所	フリガナ									
	〒										

←※申請者が保護者の場合のみ記入してください。

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				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				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				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				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				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				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 _____	

第二号様式中「~~新和歌集群~~の群」を「群」に改める。  
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																		
	住所	〒																	
		フリガナ 奈良県																	
	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。

加入医療保険に関する事項

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	記号・番号	
保険者		保険者番号	

・加入医療保険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）に必要書類を添付して申請してください。

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 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( )

保健所受付印

---

整理欄

※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）に必要書類を添付して申請すること。

## 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・R .			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		M・T・S・H・R .			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		M・T・S・H・R .			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		M・T・S・H・R .			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		M・T・S・H・R .			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		M・T・S・H・R .			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		M・T・S・H・R .			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				

## 附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和六年十二月二日から施行する。

(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等に関する規則（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。