

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成29年7月18日

静岡県知事 川勝平太

静岡県規則第34号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細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施行細則（平成26年静岡県規則第59号）の一部を次のように改正する。

様式第3号を次のように改める。

様式第3号（第3条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

（表）

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 （新規・更新・変更）				受給者番号								
受診者	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	（満 歳）				
	氏名		性別	男・女	職 業							
	住 所	郵便番号 -				電 話 番 号						
	1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県			市・区 町・村		自 宅		— —			
	加入医療保険	保険者名(称)					保 険 種 別		国保(組合)・後期 組合・協会・共済 その他()			
		記号・番号 (被保険者番号)										
		被保険者名					受診者との関係					
個人番号												
申請者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください(この欄に記入した保護者の氏名が受給者証に記載されます。) ※申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。											
	フリガナ		受診者との関係	電 話 番 号								
	氏名			印	自 宅		— —			携 帯		— —
住 所	郵便番号 -				個 人 番 号 (保 護 者 の み 記 入)							
指定難病の名称												
負担上限 月額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 (臨床調査個人票に記載が必要)				<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(負担上限月額管理票等の写しが必要)							
	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当 (領収書等の写しが必要)				<input type="checkbox"/> 重症患者認定 (重症診断書が必要)							
受療を希望する医療機関等 (県外の医療機関等を含む。)	区 分			医療機関等の名称				所 在 地				
	〔該当するものに○印を付してください。〕			(支店名等がある場合は必ず記入してください。)								
	病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等									
	病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等									
〔書ききれない場合は裏面に記入してください。〕	病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等									
	病院 診療所	薬 局	訪問看護 ステーション等									
臨床調査個人票の研究利用についての同意	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（詳細については裏面を参照）。											

上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定医療費の支給を申請します。

年 月 日

静岡県知事 様

注 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

(裏)

<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、本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。

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	続柄	受給資格 (該当するものに○印 を付してください。)	1月1日現在の 住所所在地			個人番号																
				都・道 府・県	市・区 町・村																		
	受診者と同じ	本人	小児慢性																				
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																		

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	有	無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有	無 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者全て）の収入金額について記入し、収入がある場合は振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の種類の収入については記入する必要がありません。

氏名			氏名		
収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類(該当するものに○印を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年（1月から12月まで）の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年（1月から12月まで）の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、0円と記入してください。

4 受療を希望する医療機関等（表面で書ききれなかった場合）

区 分 (該当するものに〇印を付してください。)			医療機関等の名称 (支店名等がある場合は必ず記入してください。)	所 在 地
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		
病 院 診 療 所	薬 局	訪問看護 ステーション等		

様式第 7 号を次のように改める。

様式第7号 (第5条関係) (用紙 日本工業規格A4縦型)

受給者番号

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

特定医療費 (指定難病) 支給認定申請事項変更届出書

受診者	フリガナ				電話番号						
	氏名				-		-				
	住所 (住所変更の場合は前住所)		郵便番号		-		1月1日現在の 住所所在地				
						都・道		市・区			
						府・県		町・村			
届出者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が届け出てください。 ※届出者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。										
	フリガナ				受診者との関係						
	氏名				㊟						
				(自署する場合は、押印は不要です。)							
		住所		郵便番号		-		電話番号			
						-		-			
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ			<input type="checkbox"/>	性別				
		<input type="checkbox"/>	氏名					男・女			
		<input type="checkbox"/>	個人番号								
		<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号		-					
<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	-		-			
保護者	<input type="checkbox"/>	フリガナ			<input type="checkbox"/>	受診者との関係					
	<input type="checkbox"/>	氏名									
	<input type="checkbox"/>	個人番号									
	<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号		-						
<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	-		-			
加入医療保険	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)									
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給の有無		有		・		無			
<input type="checkbox"/>	記号・番号 (被保険者番号)			<input type="checkbox"/>	保険種別	国保(組合)・後期 組合・協会・共済 その他()					
支給認定 基準世帯員	<input type="checkbox"/>	追加・削除		氏名							
					1月1日現在の 住所所在地		都・道 府・県		市・区 町・村		
									続柄		
				個人番号							

		<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名												
				1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄									
				個人番号												
		<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名												
				1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄									
				個人番号												
上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。																
年 月 日												静岡県知事 様				

注1 変更のない事項については、記入は不要です。

- 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに届け出る場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届け出る場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（以下「旧規則」という。）の様式により提出されている申請書は、改正後の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の相当する様式により提出された申請書とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に旧規則の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。