

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。

令和5年3月29日

静岡県知事 川勝平太

静岡県規則第27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1号中「（ 月分）」を「（ か月分）」に、「請求額（特定医療費）」を

「※決定額（職員記入欄）」に、

「 年 月 日 住所 氏名 印」

を

「 年 月 日 住所 氏名 印」

に、

「

| | |
|-------------|---------|
| 郵便番号 | — |
| 電話番号（ — — ） | |
| | 受診者との関係 |
| 印 | |

を」

「

| | |
|--------------|---------|
| 郵便番号 | |
| — | |
| 電話番号 (— —) | |
| | 受診者との関係 |
| | |

に改める。

」

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。

様式第2号（第2条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

特定医療費（指定難病）証明書

| 受診者氏名 | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|----|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|---|------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定難病の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給認定の有効期間 | 年 月 日 から | | | | | 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間開始月の入院期間 | 入院日 | 年 | 月 | 日 | 退院日 | 年 | 月 | 日 | 入院期間全体の総点数 | | | 点 | | | | | | | | | | | | |
| 診療年月 | 保険種別 負担割合 <small>（該当するものに 〇印を付してください。）</small> | 診療実日数 | | | 医療費総額 (10割) | 患者負担額 | 査定欄 (職員記入欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 入院 | 通院 | 薬局 | 標準負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分 | 医療保険 1割 2割 3割 | 入院 | 日間 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 通院 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 薬局 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 1割 2割 3割 | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護療養型医療施設 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分 | 医療保険 1割 2割 3割 | 入院 | 日間 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 通院 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 薬局 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 1割 2割 3割 | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護療養型医療施設 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月分 限度額証の 提示 有・無 所得区分 | 医療保険 1割 2割 3割 | 入院 | 日間 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 通院 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 薬局 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 1割 2割 3割 | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護療養型医療施設 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問看護 | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問リハ | 日 | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、領収したことを証明します。 | | | | | 静岡県指定医療機関番号（静岡県内の医療機関である場合のみ記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定医療機関の所在地 | | | | | 作成者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定医療機関の名称 | | | | | 所属・氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注 薬の処方については、処方した日数を記入してください。

様式第3号（第2条、第3条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

医療費管理票

| | | | | | | | | | |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診者氏名 | | 受給者番号 | | | | | | | |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---|----|
| 年 | 月分 |
|---|----|

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

| | |
|----|---------|
| 日付 | 指定医療機関名 |
| 日 | |

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額 (10割) | 自己負担額 | 自己負担額の 累計額 (月額) | 徴収印 |
|----|---------|----------------|-------|--------------------|-----|
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |
| 日 | | 円 | 円 | 円 | |

注1 この管理票は、指定難病に係る医療費について、医療機関が記入してください。なお、他の医療機関の記入があっても、続けて記入してください。

2 負担上限月額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割）」については記入してください。

様式第4号(表)中「

| | | | | |
|----|-----|---|---|--|
| 性別 | 男・女 | 職 | 業 | |
|----|-----|---|---|--|

」を

「

| | |
|----|--|
| 職業 | |
|----|--|

」に改める。

様式第6号中「

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 性 | 別 | 男 | ・ | 女 |
| 平成・令和 | | | | | | | | |

」を

「

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 平成・令和 | | | |

」に改める。

様式第7号中「

| | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> | 性 | 別 | |
| | | 男 | ・ | 女 |

」を

「

| |
|--|
| |
| |

」に改める。

様式第8号(表)及び様式第9号(表)中

「

| | | | |
|--|----|---|---|
| | 性別 | | |
| | 男 | ・ | 女 |

」を

「

| |
|--|
| |
| |

」に改める。

附 則

- 1 この規則は、令和5年4月1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等は、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等とみなす。
- 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。