

新旧対照表

○特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱（抜粋）

新	旧
<p data-bbox="537 218 1092 254">高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱</p> <p data-bbox="151 289 1478 394">難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令によるほか、本要綱に定めるところにより行い、もって支給認定の適正な実施を図るものとする。</p> <p data-bbox="151 430 359 466">第1～第9 （略）</p> <p data-bbox="172 499 706 569">附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p data-bbox="189 602 240 638">（略）</p> <p data-bbox="172 672 261 707"><u>附 則</u></p> <p data-bbox="201 709 1448 774"><u>1 この要綱は、令和8年6月1日から施行する。</u> <u>2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</u></p>	<p data-bbox="1887 218 2442 254">高知県特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱</p> <p data-bbox="1498 289 2825 394">難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令によるほか、本要綱に定めるところにより行い、もって支給認定の適正な実施を図るものとする。</p> <p data-bbox="1498 430 1706 466">第1～第9 （略）</p> <p data-bbox="1519 499 2053 569">附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p data-bbox="1537 602 1587 638">（略）</p>

新				
様式第1号 (表面)				
特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入)				
受診者／要支援者	フリガナ		年齢	
	氏名		生年月日	
	住所	〒	電話番号	
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との関係
		保険種別		記号・番号
保険者名				
所在地				
病名				
自己負担上限額の特例等 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期		
	<input type="checkbox"/> 軽症者特例			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 ※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑ (受給者証の写し等を添付)。	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		
	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病		
受診を希望する (指定) 医療機関 (調剤薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名		所在地	
受給者番号 (※1)				
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 (※2、※3)	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っている理由】 <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"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他		
登録者証申請 (※4)	申請する ・ 申請しない ・ 発効済 (発効自治体名:)			
私は、上記のとおり申請します。		受付印		
令和 年 月 日	申請者氏名 (受診者/要支援者)			
高知県知事 様				

旧			
様式第1号 (表面)			
特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書 (新規・更新・変更・転入)			
受診者／要支援者	フリガナ		年齢
	氏名		生年月日
	個人番号		歳
	住所	〒	電話番号
	加入医療保険	被保険者氏名	
保険種別			記号・番号
保険者名			
所在地			
病名			
自己負担上限額の特例等 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	
	<input type="checkbox"/> 軽症者特例		
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 ※対象者がいる場合は右欄に氏名を記入し、該当する医療費助成に☑ (受給者証の写し等を添付)。	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
受診を希望する (指定) 医療機関 (調剤薬局、訪問看護事業者等を含む) <u>※書ききれない場合は裏面にも記載欄あり</u>	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名		所在地
受給者番号 (※1)			
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 (※2、※3)	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っている理由】 <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"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他	
登録者証申請 (※4)	申請する ・ 申請しない ・ 発効済 (発効自治体名:)		
私は、上記のとおり申請します。		受付印	
令和 年 月 日	申請者氏名 (受診者/要支援者)		
高知県知事 様			

新

様式第1号(裏面)

- ※1 更新又は変更の方のみ記入。
- ※2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載。
- ※3 更新の場合は、原則、記入不要。
- ※4 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に当該サービスを提供する公共機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

○受診者／要支援者が **18歳未満又は成年被後見人**等の理由により、受診者／要支援者に代わって申請する場合のみ記載してください。

申請者	フリガナ	受診者／ 要支援者 との関係	〒	電話番号
	氏名			
	住所			

○書類等を受診者／要支援者以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者／要支援者の方に送付します。

送付先の方の氏名	フリガナ	受診者／ 要支援者 との関係	〒	電話番号
	氏名			
住所				

旧

様式第1号(裏面)

- ※1 更新又は変更の方のみ記入。
- ※2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、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を記載。
- ※3 更新の場合は、原則、記入不要。
- ※4 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に当該サービスを提供する公共機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

※表面から続く 受診を希望する(指定)医療機関(調剤薬局、訪問看護事業者等を含む)	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所在地

○受診者／要支援者が **18歳未満又は成年被後見人**等の理由により、受診者／要支援者に代わって申請する場合のみ記載してください。

申請者	フリガナ	受診者／ 要支援者 との関係	〒	電話番号
	氏名			
	個人番号			
	住所			

○書類等を受診者／要支援者(保護者)以外の方に送付する場合に記載してください。

※記入のない場合は、受診者／要支援者(保護者)の方に送付します。

送付先の方の氏名	フリガナ	受診者／ 要支援者 との関係	
住所	〒	電話番号	

※申請受付機関記載欄	
番号確認	番号カード・通知カード・住民票(個人番号付)
身元確認	1点:番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点:資格確認書(医療保険証)・年金手帳・ 医療受給者証・児童扶養手当証書 その他()
確認者	

新

様式第1号別添1～2 (略)

様式第2号

(特定医療費(指定難病)支給認定申請用)

世帯調書兼個人番号調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

Table with columns for name (フリガナ氏名), address (1月1日時点の住所地), continuation (続柄), and personal ID (個人番号). Includes multiple rows for family members.

※DVや虐待等の被害者(DVや虐待等の被害を受けるおそれがある者を含む。)であって、加害者の下から避難先市町村に避難している方は、所在地につながる情報を秘匿することが可能です。希望される方は、避難にいたった状況をご説明の上、お申し出ください。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合のみ記載してください。

受診者本人が、下記の給付金等の給付を受けていますか？ (18歳未満の場合は、父母それぞれ) 受けている ・ 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等を○で囲んでください。別途確認が必要となりますので、受給額が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

- ・障害基礎年金(1・2)級 ・障害厚生年金(1・2・3)級
・障害共済年金(1・2・3)級 ・障害一時金 ・寡婦年金 ・遺族基礎年金
・遺族厚生年金 ・遺族共済年金 ・特別障害者手当 ・福祉手当
・特別児童扶養手当 ・障害児福祉手当
・特別障害給付金 ・労災、公務災害による障害補償給付等

※申請受付機関記載欄
番号確認: 番号カード・通知カード・住民票(個人番号付)
身元確認: 1点:番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点:資格確認書・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書 その他()
確認者

様式第3号～様式第11号 (略)

旧

様式第1号別添1～2 (略)

様式第2号

(特定医療費(指定難病)支給認定申請用)

世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

Table with columns for name (フリガナ氏名), continuation (続柄), birth date (生年月日), insurance status (被用者保険の方), and tax proof (税証明). Includes multiple rows for family members.

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合、受診者の収入によって月額自己負担上限額が異なります。(18歳未満の受診者については、父母それぞれ) 課税対象となる収入(給与や年金等)は、課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については、別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等

受診者本人が、下記の給付金等の給付を受けていますか？ (18歳未満の場合は、父母それぞれ) 受けている ・ 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等を○で囲んでください。

- ・障害基礎年金(1・2)級 ・障害厚生年金(1・2・3)級
・障害共済年金(1・2・3)級 ・障害一時金 ・寡婦年金 ・遺族基礎年金
・遺族厚生年金 ・遺族共済年金 ・特別障害者手当 ・福祉手当
・特別児童扶養手当 ・障害児福祉手当
・特別障害給付金 ・労災、公務災害による障害補償給付等

様式第3号～様式第11号 (略)