

受給者番号（※）									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付整理番号（保健所記入）
---------------

（※）受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

別紙様式第1-1号（表面）

この申請書は機械で読み取ることがありますので、できるだけ濃くはっきりとした字で記入していただきますようお願いいたします。

**特定医療費（指定難病）支給認定/ 登録者証申請書（新規・転入・疾病追加・更新・変更）**

受 診 者	フリガナ						年齢	歳	生年月日	
	氏名								大・昭 平・令	年 月 日
	住所	〒					日中連絡 が取れる 電話番号	（自宅又は携帯電話）		
		1月1日時点の居住市区町村					現住所と同じ ・ 現住所と異なる ⇒（ ）			
加 入 医 療 保 険	保険種別 （県記載欄）	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保（ <input type="checkbox"/> 医療保険加入なし）								
	被保険者証 発行機関名						被保険者証 の記号・番号			
	保険者番号 （県記載欄）						受診者 との関係			
	被保険者氏名									

受給者証送付先が受診者と異なる場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請される場合は、以下に記載してください。

送 付 先	フリガナ				受診者 との関係	日中連絡 が取れる 電話番号	（自宅又は携帯電話）	
	氏名						- -	
	住所	〒				県記載欄	<input type="checkbox"/> 保護者による申請 <input type="checkbox"/> 受給者証の送付先	

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険に加入している者に限る）に、 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 （受診者本人が小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中の場合も含む）						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
---	--	--	--	--	--	--

上記で「あり」又は「申請中」の場合 受給（申請）者の氏名・受給者番号 （お持ちの方のみ）	氏名				受給者番号		
	氏名				受給者番号		

病名					疾病番号 （県記載欄）		
----	--	--	--	--	----------------	--	--

自己負担上限額の特例 （該当するものに☑）	<input type="checkbox"/> 軽症者特例 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着						
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

私は、下記に同意し、特定医療費の支給を申請します。						保健所受付印	
<ul style="list-style-type: none"><li>・居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）</li><li>・申請内容が個人情報保護のもとに、保健所が行う療養支援、市町村が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として使用されること。</li><li>・臨床調査個人票の研究利用については、裏面記載のとおりであること。</li></ul>							
申請者氏名						（※1）	
年 月 日						島根県知事様 厚生労働大臣様	

県記載欄	階 層 区 分						
	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ 生活保護 ・ 境界層						
	課税対象とならない収入（障害年金・遺族年金等）の有無					あり ・ なし	

（※1）申請者は、受診者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります）

裏面あり

**1. 登録者証の申請および臨床調査個人票の研究等への利用について**

<p>登録者証については、台帳へ登録の上、申請が承認の場合は受給者証兼登録者証、申請が軽症にて不承認の場合は登録者証単独のものを発行します。 登録・発行を希望されない場合は下記 <input type="checkbox"/>へチェックをお願いします。</p> <p><b>登録者証を</b>                      <input type="checkbox"/> <b>希望しない</b></p>	<p>別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成又は登録者証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ついての同意は次のとおりです。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>同意する</b>    <input type="checkbox"/> <b>同意しない</b></p> <p style="text-align: center;">(※2)</p>
---	---

※2 [  同意する    同意しない ] のどちらにも  が無い場合は同意があるものとみなします。

**2. 現在の生活状況について (該当する項目にすべてに○をつけてください。)**

<p>1) 社会活動</p> <p>1. 在宅療養<sup>※</sup>    2. 就労    3. 就学    4. 長期入院    5. 施設入所</p> <p>2) 医療処置</p> <p>1. なし    2. 人工呼吸器    3. 酸素療法    4. 喀痰吸引    5. 人工透析    6. その他</p> <p style="text-align: right;">(                      )</p>
---

※一時的な入院は在宅療養へ含みます

**3. 支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する被保険者)**

あり → 以下へご記入ください     なし

(※) 受診者が被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)・・・被保険者を記入してください

受診者が後期高齢者医療制度、国民健康保険(市町村国保、国民健康保険組合)・・・受診者と同じ医療保険に加入している者全員(住民票が別の方を含む)

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	現住所 (受診者と同じ場合は☑)		1月1日時点の居住 市区町村(現住所 と同じ場合は☑)	
		大・昭 平・令    年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		大・昭 平・令    年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		大・昭 平・令    年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		大・昭 平・令    年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	
		大・昭 平・令    年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒	<input type="checkbox"/>	

**(県記載欄) 認定開始日が適当と考えられる年月日(更新申請の場合は記入不要)**

<p>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</p>	<p>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】 下記 <input type="checkbox"/>へチェックの上、理由を記載。</p> <p><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</p> <p>理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>年    月    日</p>	

## 1. 新規申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、島根県が認定した日からとなります。

## 2. 新規申請時の添付書類

「◆」については、原本を持参された場合は保健所で複写します。

### 【申請者全員が提出する書類】

- ① 別紙様式第1号（別紙） 下表の方の個人番号（マイナンバー）を通知カードなどから転記してください。（個人番号カードなども提示してください。転記誤りがないことを確認します。）
  - ② 別紙様式第10号 同意書
  - ③ 健康保険証（◆） 下表の方について提示してください。
  - ④ 臨床調査個人票（診断書） 医療機関で、難病指定医が記載したもの。
  - ⑤ 支給認定基準世帯員全員の住民票 下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）
  - ⑥ 市町村住民税所得課税証明書等 下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）
- ⑤⑥については、必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）を提出することで、省略できる場合があります。

受診者が加入する医療保険の区分	住民票及び個人番号（マイナンバー）	市町村住民税所得課税証明書 ※1	健康保険証
国民健康保険	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険の加入者全員分 ※2		
後期高齢者医療制度	受診者と同じ住民票上で、後期高齢者医療制度の加入者全員分		
国民健康保険組合	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険組合の加入者全員分 ※2		
被用者保険	※被用者保険・・・全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など		
受診者が被保険者	被保険者（受診者）本人分		
受診者が被扶養者	受診者本人分及び被保険者分	被保険者分 ※3	受診者本人分 ※4
生活保護	受診者本人分	生活保護受給証明書（本人分）	受診者本人分（加入者のみ）※4

- ※1 4月～6月に申請する場合は、前年度の証明書を、7月～翌年3月に申請する場合は、最新の証明書を添付してください。（6月中に申請する場合は、新年度の証明書でも可）
- ※2 受診者と扶養関係にある別居家族がいる場合、当該家族分も必要
- ※3 被保険者が市町村住民税非課税の場合には、被保険者分及び受診者本人分が必要
- ※4 保険証に被保険者の氏名が記載されていない場合は、被保険者分も必要

### 【世帯の状況に応じて必要となる書類】

- ⑦ 受診者及び支給認定基準世帯員全員が非課税で、かつ受診者本人の収入が80万円以下の方のうち、障害年金、遺族年金等非課税年金、特別児童扶養手当等の非課税収入がある場合は、額が分かる書類。（◆）
  - ⑧ 世帯員に指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）がいる場合は、受給者証等。（◆）
  - ⑨ 申請書表面で「軽症者特例」として申請される場合は、過去1年以内の指定難病の治療に係る領収書と明細書。（詳細は、最寄りの保健所までお問い合わせください。）
- ◎ 提出された書類に不明な点等がある場合は、確認のため改めてお問い合わせする場合や追加で書類の提出をお願いします。
- ◎ 詳細につきましては、受診者の住所地を所管する保健所までお問い合わせください。

保健所	担当課	受診者の住所地
島根県・松江市共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	松江市・安来市
雲南保健所	医事・難病支援課	雲南市・仁多郡・飯石郡
出雲保健所	医事・難病支援課	出雲市
県央保健所	医事・難病支援課	大田市・邑智郡
浜田保健所	医事・難病支援課	浜田市・江津市
益田保健所	医事・難病支援課	益田市・鹿足郡
隠岐保健所	総務医事課	隠岐郡隠岐の島町
	島前保健環境課	隠岐郡海士町・西ノ島町・知夫村

登録者証（指定難病） 申請書（※1）				
要 支 援 者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日
	氏 名			大・昭 平・令 歳
	フリガナ		日中連絡が取れる 電話番号	
	住 所	〒		
申 請 者 （※2）	フリガナ		要支援者 との 関係	
	氏 名			
	フリガナ		日中連絡 が取れる 電話番号 （※3）	
	住 所 （※3）	〒		
病 名				
<p>私は、下記に同意し、登録者証を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）</li> </ul> <p style="margin-top: 20px;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">島根県知事 殿</p>				

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

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、別添「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ついての同意は次のとおりです。

同意する       同意しない      （※3）

厚生労働大臣 殿

※1 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的機関が、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。

※2 申請者は受診者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合は申請者は保護者になります。）

※3 要支援者本人と異なる場合に記入。

※4  同意する  同意しない のどちらにも  が無い場合は、同意があるものとみなします。

受給者番号  
(受給者証をお持ちの方のみ)

別紙様式第6号 (別紙)

## 個人番号 (マイナンバー) 提出書 (新規・更新)

氏名	個人番号 (マイナンバー)				提出済
受診者					<input type="checkbox"/>
申請者 (保護者)					<input type="checkbox"/>
世帯員					<input type="checkbox"/>
世帯員					<input type="checkbox"/>
世帯員					<input type="checkbox"/>
世帯員					<input type="checkbox"/>

- ※1 世帯員は、変更届の「支給認定基準世帯員」欄に氏名を記載された全員分を記載してください。  
欄が不足する場合は用紙を追加してください。
- 2 個人番号は追加する世帯員のみ記載してください。(新規申請、更新申請等で提出している方は不要です。)

### ■ DV・虐待などにより避難されている場合の個人情報保護

個人番号制度における所在地情報の秘匿を希望する	<input type="checkbox"/> (希望する場合はチェック)
理由	(例：DV被害により避難中であるため など)

※ 制度の詳細については裏面の説明をよくお読みください。

### ■ 委任状 (申請者以外が個人番号の手続きをする場合)

代理人	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			申請者との関係
小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る個人番号の提出を、上記の者に委任します。				
申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

※ 代理人が手続きする場合、代理権の確認ができる書類 (裏面参照) を持参してください。

### 《以下保健所記入欄》

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票	確認日： 年 月 日
代理権確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証する書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 申請者本人の保険証 (原本のみ有効)	
身元確認	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人 (対面の場合は複写不要。郵送の場合は確認後、破棄する。)	
	<input type="checkbox"/> 1種類で確認できる書類 (個人番号カード、顔写真付きの公的証明書 (運転免許証、身体障がい者手帳など))	
	<input type="checkbox"/> 2種類で確認できる書類 (被保険者証、住民票、年金手帳など (氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの))	
特記事項等	<input type="checkbox"/> 住基ネットにより取得したマイナンバー (受診者のみ職権取得可)	

(裏面)

- 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(いわゆる「マイナンバー法」)により、小児慢性特定疾病医療費の支給認定事務において個人番号(以下「マイナンバー」といいます。)を利用することが定められています。
- 申請手続では、**受診者、申請者及び支給認定基準世帯員のマイナンバーの提出が必要です**。保険変更などにより世帯員が変わった場合は、新しい世帯員分のマイナンバーも追加で提出してください。
- 一度マイナンバーを提出していただければ、その後の手続ではマイナンバーの提出は不要です。更新申請をするときは、世帯員に変更があった場合だけマイナンバーを提出してください。
- 手続を行うにあたって、窓口において申請者の「**マイナンバーの確認**」と「**身元確認**」を行います。

## ■ 本人確認の実施について（マイナンバーの確認と身元確認）

### ① 窓口で、申請者が提出する場合

以下の書類を窓口で提示してください。

- ア 申請者のマイナンバー確認書類(個人番号カード[裏面]、通知カード又はマイナンバーが記載された住民票の写し)
- イ 申請者の身元確認書類(個人番号カード[表面]、顔写真入り身分証[1種類の提示で可] 又は顔写真の入っていない身分証明書[2種類の提示が必要])

### ② 窓口で、申請者以外の方(代理人※)が提出する場合

以下の書類を窓口で提示してください。

- ア 代理権の確認書類(法定代理人であることを証する書類又は委任状[本書表面参照])
- イ 代理人の身元確認書類(①のイと同じ)
- ウ 申請者のマイナンバー確認書類(①のアと同じ)

### ③ 郵送の場合、又は家族の方等が窓口<sup>に</sup>持参のみ行う場合

以下の書類のコピーを提出(申請書に同封)してください。

- ア 申請者のマイナンバー確認書類(①のアと同じ)
- イ 申請者の身元確認書類(①のイと同じ)

※ たとえば、申請者が父親、窓口で申請される方が母親の場合でも、②に該当し、父親から母親への委任状が必要です。ただし、母親が書類の持参のみを行う場合は③となり、委任状は不要です(この場合、持参者はマイナンバーの記載もれや不備を修正することができません)。

## ■ DV・虐待などにより避難されている場合の個人情報保護

マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方はお申し出ください。

お申し出いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。

(参考) 特定医療費支給認定事務ではマイナンバーを利用して他自治体との情報連携を行います。やりとりの記録は「マイナポータル」(内閣府が開設する専用サイト)で確認できますが、この機能を通じて、避難先自治体がどこかを加害者が閲覧できる場合があります。

**＜臨床調査個人票の研究利用等に関するご説明＞**

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や指定難病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、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や、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いただける場合は、申請書裏面の  同意するへチェックをお願いします。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

**＜データベースに登録される情報と個人情報保護＞**

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

**＜データベースに登録された情報の活用方法＞**

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査

裏面もあります

- ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

#### **<同意の撤回>**

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。



特定医療費(指定難病)受給者(兼登録者)証			
公費負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
送付先	住所		
	氏名		
疾病名			
保険者名			
保険者証の 記号番号			適用区分
指定医療機関	<p style="text-align: center;"><b>難病法に基づき都道府県等から指定された 指定医療機関</b></p> <p>●指定医療機関以外の医療機関については、本受給者証の対象となりませんので、ご注意ください。 ●受診を希望する医療機関が指定を受けているかどうかは、各都道府県等のホームページにおいてご確認ください。</p>		
自己負担上限額	月 額		円
有効期間	年 月 日 から		年 月 日
<p>上記のとおり認定する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 島根県知事</p>			

## 注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで、保険診療を受けることが可能となります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに島根県知事にその旨を届け出て下さい。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに島根県知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、島根県知事にその旨を届け出て下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他指定難病の医療の受給に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

松江市・島根県共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	0852-23-
島根県雲南保健所	医事・難病支援課	0854-42-
島根県出雲保健所	医事・難病支援課	0853-21-
島根県県央保健所	医事・難病支援課	0854-84-
島根県浜田保健所	医事・難病支援課	0855-29-
島根県益田保健所	医事・難病支援課	0856-31-
島根県隠岐保健所	総務医事課	08512-2-
	島前保健環境課	08514-7-
島根県健康福祉部健康推進課		0852-22-

## 指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。

指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

年 月分 自己負担上限額管理票				
受給者名		受給者番号		
月額自己負担上限額 _____ 円				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累積額 (月額)
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

**※医療機関ご担当のみなさまへ**

上限額に達した後に受診された場合も、この管理票には記入が必要です。  
 受診の際は、「医療費総額(10割分)」を記入し、「自己負担額」は0として記入してください。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

第 年 月 日 号

# 通 知 書

申請者

様

島根県知事

印

難病の患者に対する医療に関する法律第6条第1項(又は法律第10条第1項)の規定による特定医療費の申請は、下記の理由により認定されませんでしたので通知します。

## 記

氏 名	
住 所	
理 由	<p>1. 指定難病にかかっていないため</p> <p>2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため  <b>【指定難病名：】</b>                  (1) 病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため                  (2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため</p> <p>3. その他                  (1) 高額かつ長期(高額難病治療継続者)の要件を満たしていないため                  (2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため                  (3) その他 ( )</p>

**※裏面に「不服申立てについて」及び「障がい福祉サービス等について」記載していますので、必ずご確認ください。**

### （不服申立てについて）

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に島根県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表するものは島根県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、この処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

### （障がい福祉サービス等について）

表面の理由に「指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」と記載されている方は、以下のとおりとなります。

1. 本通知は、「指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。
2. 本通知は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障がい福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になります。

#### ■指定難病にかかっていることに関する問合せ先■

島根県健康福祉部健康推進課 難病支援第一係・第二係（TEL 0852-22- ）  
又は 患者の住所地を所管する保健所

松江市・島根県共同設置

松江保健所	医事・難病支援課	(TEL 0852-23- )
雲南保健所	医事・難病支援課	(TEL 0854-42- )
出雲保健所	医事・難病支援課	(TEL 0853-21- )
県央保健所	医事・難病支援課	(TEL 0854-84- )
浜田保健所	医事・難病支援課	(TEL 0855-29- )
益田保健所	医事・難病支援課	(TEL 0856-31- )
隠岐保健所	総務医事課	(TEL 08512-2- )
	島前保健環境課	(TEL 08514-7- )

## 年 月分 医療費申告書

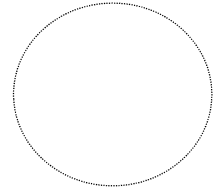
住 所

氏 名

指定難病である \_\_\_\_\_ に係る医療費については、以下のとおりです。  
(かかっている疾病名をご記入ください)

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費(円) (10割分)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計 額			

- ※1 この書類は、受診者の方が、各月の指定難病にかかる医療費の総額を確認するための書類です。  
「軽症者特例」により申請する場合に、かかった医療費が確認できる領収書及び明細書(いずれも原本)を添付してください。
- 2 各月の「かかった医療費」の合計額が33,330円を超える範囲までの記入で差し支えありません。
- 3 用紙が不足する場合には、コピーして利用されて差し支えありません。



特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証記載事項変更届

受給者氏名 (要支援者氏名)		受給者番号							
-------------------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

変更のある事項に☑をして、その箇所のみ記入してください

変更項目		変更前		変更後	
<input type="checkbox"/>	受給者 (要支援者)	フリガナ			
		氏名			
<input type="checkbox"/>		住所・電話番号	〒	〒	
<input type="checkbox"/>	送付先	フリガナ		受給者との続柄	受給者との続柄
		氏名			
<input type="checkbox"/>		住所・電話番号	〒	〒	
<input type="checkbox"/>	医療保険	被保険者証発行機関名			
		記号・番号			
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員（受給者と同じ医療保険に加入する被保険者）			県確認欄（保健所記入）	変更あり ・ 変更なし

支給認定基準世帯員に変更がある場合、変更後の世帯員について以下に記載すること

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	住所 (受給者と同じ場合は☑)	1月1日時点の居住 市区町村（現住所 と同じ場合は☑)
			大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>
			大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>
			大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>
			平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/>

支給認定基準世帯員に変更がある場合は、様式第6号（別紙）に個人番号（マイナンバー）を記載して添付してください

上記のとおり変更となりましたので届け出ます。

〔  居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して、世帯の情報を検索することに同意します。〔同意いただける場合、☑を入れてください〕 〕

年 月 日

届出者住所  
氏名

島根県知事 様

- ※1 次の書類を添付してください。ただし、医療保険変更の場合は、加入する保険により別途添付書類が必要になることがありますので、詳しくは最寄りの保健所までお問い合わせください。
  - ① 氏名、住所変更 : 受給者証、変更内容が確認できる公的書類（免許証の裏書きなど）
  - ② 医療保険の変更 : 受給者証、健康保険証の写し、同意書（様式第10号）
  - ③ 世帯員の変更（追加）: 受給者証、新たに世帯員となる方の健康保険証の写し、新たに世帯員となる方の個人番号（様式第6号別紙）
- ※2 自己負担上限額及び疾病名の変更の場合は、支給認定申請書（様式第1号）に記載してください。
- ※3 届出者は受給者本人又はその保護者となります。

受 給 者 番 号

別紙様式第6号 (別紙)

## 個人番号 (マイナンバー) 提出書 (変更)

氏 名		個人番号 (マイナンバー)										提出済			
受給者															—
世帯員															<input type="checkbox"/>
世帯員															<input type="checkbox"/>
世帯員															<input type="checkbox"/>
世帯員															<input type="checkbox"/>
世帯員															<input type="checkbox"/>

- ※1 世帯員は、変更届の「支給認定基準世帯員」欄に氏名を記載された全員分を記載してください。欄が不足する場合は用紙を追加してください。  
 2 個人番号は、追加する世帯員のみ記載してください。(新規申請、更新申請等で提出している方は記載不要です。)

### ■ DV・虐待などにより避難されている場合の個人情報保護

個人番号制度における所在地情報の秘匿を希望する	<input type="checkbox"/> (希望する場合はチェック)
理 由	(例：DV被害により避難中であるため など)

※ 制度の詳細については裏面の説明をよくお読みください。

### ■ 委任状 (受給者以外が個人番号の手続きをする場合)

代理人	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			受 給 者 との関係
特定医療費支給認定に係る個人番号の提出を、上記の者に委任します。				
受給者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			

※ 代理人が手続きする場合、代理権の確認ができる書類 (裏面参照) を持参してください。

### 《以下保健所記入欄》

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票	確認日： 年 月 日
代理権確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証する書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 受給者本人の保険証 (原本のみ有効)	
身元確認	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 代理人 (対面の場合は複写不要。郵送の場合は確認後、破棄する。)	
	<input type="checkbox"/> 1種類で確認できる書類 (個人番号カード、顔写真付きの公的証明書 (運転免許証、身体障がい者手帳など))	
	<input type="checkbox"/> 2種類で確認できる書類 (被保険者証、住民票、年金手帳など (氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの))	
特記事項等		



## 特定医療費(指定難病)の支給認定申請等におけるマイナンバーの提供について

- 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(いわゆる「マイナンバー法」)により、特定医療費(指定難病)の支給認定事務において個人番号(以下「マイナンバー」といいます。)を利用することが定められています。
- 申請手続では、**受診者及び支給認定基準世帯員のマイナンバーの提出が必要です**。保険変更などにより世帯員が変わった場合は、新しい世帯員分のマイナンバーも追加で提出してください。
- 一度マイナンバーを提出していただければ、その後の手続ではマイナンバーの提出は不要です。更新申請をするときは、世帯員に変更があった場合だけマイナンバーを提出してください。
- 手続を行うにあたって、窓口で「**マイナンバーの確認**」と「**身元確認**」を行います。

### ■ 本人確認の実施について (マイナンバーの確認と身元確認)

#### ① 窓口で、受給者(※)が提出する場合

以下の書類を窓口で提示してください。

- ア 受給者のマイナンバー確認書類(個人番号カード[裏面]、通知カード又はマイナンバーが記載された住民票の写し)
- イ 受給者の身元確認書類(個人番号カード[表面]、顔写真入り身分証[1種類の提示で可] 又は顔写真の入っていない身分証明書[2種類の提示が必要])

#### ② 窓口で、受給者以外の方(代理人)が提出する場合

以下の書類を窓口で提示してください。

- ア 代理権の確認書類(法定代理人であることを証する書類又は委任状[本書表面参照])
- イ 代理人の身元確認書類(①のイと同じ)
- ウ 受給者のマイナンバー確認書類(①のアと同じ)

#### ③ 郵送の場合、又は家族の方等が窓口<sup>に</sup>持参のみ行う場合

以下の書類のコピーを提出(申請書に同封)してください。

- ア 受給者のマイナンバー確認書類(①のアと同じ)
- イ 受給者の身元確認書類(①のイと同じ)

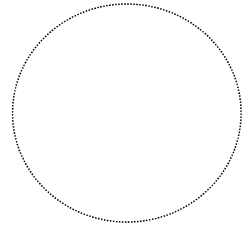
※ 受給者が18歳未満の場合、申請者となる保護者

### ■ DV・虐待などにより避難されている場合の個人情報保護

マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方はお申し出ください。

お申し出いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。

(参考) 特定医療費支給認定事務ではマイナンバーを利用して他自治体との情報連携を行います。やりとりの記録は「マイナポータル」(内閣府が開設する専用サイト)で確認できますが、この機能を通じて、避難先自治体がどこかを加害者が閲覧できる場合があります。



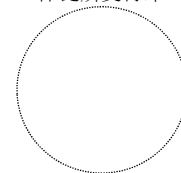
特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証  
再交付申請書

受給者氏名 (要支援者)		受給者番号							
申請種別 (該当に○)	1 受給者証								
	2 登録者証								
再交付を 申請する理由 (該当に○)	1 受給者証（登録者証）を破損した								
	2 受給者証（登録者証）を汚損した								
	3 受給者証（登録者証）を紛失した								
<p>上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証／登録者証の再交付を 申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>島根県知事 様</p>									



# 特定医療費請求書

( 年 月分)



島根県知事様

年 月 日

次のとおり請求します。

金 円  
[請求額=③-(②又は①の小さい方)+⑤-④]

債権者 番号	※保健所記載欄
-----------	---------

請求者 情報	氏名	受給者との続柄※	電話番号
	住所		

※ 請求者と受給者の続柄が「本人」以外の場合は、下記委任状が必要です

受給者氏名	受給者番号	有効期間開始日※	年 月 日
疾病名	適用区分※	本人負担割合※	3割・2割・1割
自己負担上限額【A】	円	※保健所記載欄。本人負担割合は、医療保険上の本人負担割合を記載。	

自己負担上限額管理票	自己負担累積額【B】	受給者負担残額【C】
当月分の記載有無 □あり □なし ※ありの場合→	円	① 円

※【C】=【A】-【B】

入院時食事療養費以外				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費(円) [総点数×10円]	受給者証適用後 負担額(円)※	窓口支払額(円) [領収書記載額]
日～日				
日～日				
日～日				
日～日				
日～日				
小計				
合計			②	③

※ 10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事(生活)療養費			
入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～日			(食)
日～日			(食)
合計		④	⑤

※ 入院時食事(生活)療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。

- ・受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合・・・1/2を公費負担
- ・受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合・・・全額公費負担

(委任状)	
私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定医療費の請求及び受領について委任します。	
年 月 日	受給者(委任者)住所
	氏名

※請求者が受給者と異なる場合に記載

注1 償還払の対象となる医療費は、認定された疾病にかかるもののみです。

注2 添付書類・・・ □受給者証の写し □自己負担上限額管理票の写し □領収書原本(管理票に記載のものは省略可)  
□口座振替申出書 □預金通帳の写し(口座番号とカナ口座名義がわかるページの写し)

注3 高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。

## 同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療の給付を受けるにあたり、私の医療保険の所得区分に関する情報につき、島根県が私の加入する医療保険者に報告を求めること、また、私の課税状況に関する情報につき、島根県が私の居住地の市町村に報告を求めることに同意します。

年 月 日

島根県知事 様

受給者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者 ※受給者が被保険者の場合は記載を省略できます

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

法定代理人 (※)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄： )

※法定代理人とは、代理人の一種で法律により代理権を有することを定められた方のことです。(法定代理人・・・親権者、未成年後見人、成年後見人など)  
受給者が未成年の場合は、保護者の氏名等を記入してください

別紙様式第11号

(表面)

登録者証 (指定難病)	
要 支 援 者	フリガナ
	氏名
	生年月日
有効期間開始日	令和 年 月 日
<p>注意事項</p> <p>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。</p> <p>2 死亡等で登録者証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに保健所へ返還して下さい。</p> <p>3 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、保健所で再交付の申請を行って下さい。</p> <p>4 その他この証明書に関する問い合わせは、裏面 連絡先 に連絡してください。</p>	
<p>上記のとおり証明する。</p> <p>島根県知事 丸山 達也</p>	
交付年月日	令和 年 月 日

(裏面)

<p>連絡先</p> <p>松江市・島根県共同設置保健所            医事・難病支援課 0852-23-1315            島根県雲南保健所            医事・難病支援課 0854-42-9638            島根県出雲保健所            医事・難病支援課 0853-21-1191            島根県県央保健所            医事・難病支援課 0854-84-9826            島根県浜田保健所            医事・難病支援課 0855-29-5555            島根県益田保健所            医事・難病支援課 0856-31-9548            島根県隠岐保健所            総務医事課 08512-2-9701            島前保健環境課 08514-7-8121            島根県健康福祉部健康推進課            0852-22-5267</p>
---