

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

島根県特定医療費支給認定実施要綱	島根県特定医療費支給認定実施要綱																																																						
<p>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。）の事務手続き及び運営等については、法令に定めるところによるほか本要綱により行う。</p> <p>第1～第4 （略）</p> <p>第5 支給認定の要件等</p> <p>1 所得区分</p> <p>特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。</p> <p>（1）所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおりとする。</p> <table border="0"> <tr><td>① 生活保護</td><td>負担上限月額</td><td>0円</td></tr> <tr><td>② 低所得Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>2,500円</td></tr> <tr><td>③ 低所得Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>5,000円</td></tr> <tr><td>④ 一般所得Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>10,000円</td></tr> <tr><td>⑤ 一般所得Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>20,000円</td></tr> <tr><td>⑥ 上位所得</td><td>負担上限月額</td><td>30,000円</td></tr> </table> <p>（2）（1）の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以降のものに限る。）及び同一の月に受けた小児慢性特定疾病（児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。）に係る小児慢性特定疾病医療支援（同法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、当該特定医療に係る支給認定を受けた日の属する月以前ののものに限る。）に要した医療費総額が5万円を超えた月数が、高額難病治療継続者の申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。</p> <table border="0"> <tr><td>④' 一般所得（高額継続）Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>5,000円</td></tr> <tr><td>⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>10,000円</td></tr> <tr><td>⑥' 上位所得（高額継続）</td><td>負担上限月額</td><td>20,000円</td></tr> </table> <p>（3）（4）略</p>	① 生活保護	負担上限月額	0円	② 低所得Ⅰ	負担上限月額	2,500円	③ 低所得Ⅱ	負担上限月額	5,000円	④ 一般所得Ⅰ	負担上限月額	10,000円	⑤ 一般所得Ⅱ	負担上限月額	20,000円	⑥ 上位所得	負担上限月額	30,000円	④' 一般所得（高額継続）Ⅰ	負担上限月額	5,000円	⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ	負担上限月額	10,000円	⑥' 上位所得（高額継続）	負担上限月額	20,000円	<p>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。）の事務手続き及び運営等については、法令に定めるところによるほか本要綱により行う。</p> <p>第1～第4 （略）</p> <p>第5 支給認定の要件等</p> <p>1 所得区分</p> <p>特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。</p> <p>（1）所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおりとする。</p> <table border="0"> <tr><td>① 生活保護</td><td>負担上限月額</td><td>0円</td></tr> <tr><td>② 低所得Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>2,500円</td></tr> <tr><td>③ 低所得Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>5,000円</td></tr> <tr><td>④ 一般所得Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>10,000円</td></tr> <tr><td>⑤ 一般所得Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>20,000円</td></tr> <tr><td>⑥ 上位所得</td><td>負担上限月額</td><td>30,000円</td></tr> </table> <p>（2）（1）の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以降のものに限る。）及び同一の月に受けた小児慢性特定疾病（児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。）に係る小児慢性特定疾病医療支援（同法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、当該特定医療に係る支給認定を受けた日の属する月以前ののものに限る。）に要した医療費総額が5万円を超えた月数が、高額難病治療継続者の申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。</p> <table border="0"> <tr><td>④' 一般所得（高額継続）Ⅰ</td><td>負担上限月額</td><td>5,000円</td></tr> <tr><td>⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ</td><td>負担上限月額</td><td>10,000円</td></tr> <tr><td>⑥' 上位所得（高額継続）</td><td>負担上限月額</td><td>20,000円</td></tr> </table> <p>（3）（4）略</p>	① 生活保護	負担上限月額	0円	② 低所得Ⅰ	負担上限月額	2,500円	③ 低所得Ⅱ	負担上限月額	5,000円	④ 一般所得Ⅰ	負担上限月額	10,000円	⑤ 一般所得Ⅱ	負担上限月額	20,000円	⑥ 上位所得	負担上限月額	30,000円	④' 一般所得（高額継続）Ⅰ	負担上限月額	5,000円	⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ	負担上限月額	10,000円	⑥' 上位所得（高額継続）	負担上限月額	20,000円
① 生活保護	負担上限月額	0円																																																					
② 低所得Ⅰ	負担上限月額	2,500円																																																					
③ 低所得Ⅱ	負担上限月額	5,000円																																																					
④ 一般所得Ⅰ	負担上限月額	10,000円																																																					
⑤ 一般所得Ⅱ	負担上限月額	20,000円																																																					
⑥ 上位所得	負担上限月額	30,000円																																																					
④' 一般所得（高額継続）Ⅰ	負担上限月額	5,000円																																																					
⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ	負担上限月額	10,000円																																																					
⑥' 上位所得（高額継続）	負担上限月額	20,000円																																																					
① 生活保護	負担上限月額	0円																																																					
② 低所得Ⅰ	負担上限月額	2,500円																																																					
③ 低所得Ⅱ	負担上限月額	5,000円																																																					
④ 一般所得Ⅰ	負担上限月額	10,000円																																																					
⑤ 一般所得Ⅱ	負担上限月額	20,000円																																																					
⑥ 上位所得	負担上限月額	30,000円																																																					
④' 一般所得（高額継続）Ⅰ	負担上限月額	5,000円																																																					
⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ	負担上限月額	10,000円																																																					
⑥' 上位所得（高額継続）	負担上限月額	20,000円																																																					

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

<p>2 各所得区分の所得の内容等</p> <p>(1) 1 (1) の所得区分のうち「①生活保護」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。</p> <p>① 支給認定世帯員の世帯員が生活保護法（昭和25年法律第144号）の被保護者又は中国残留法人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）である場合</p> <p>② 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及びその特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、「②低所得Ⅰ」の負担上限額を適用としたならば、保護又は支援給付を必要とする状態となる場合</p> <p>(2) 1 (1) の所得区分のうち「②低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。</p> <p>① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方税法（昭和25年法律第226号）上の合計所得金額（合計所得金額が0円を下回る場合は0円とする。）（注2） ・ 所得税法（昭和40年法律第33号）上の公的年金等の収入金額（注3） ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4） <p>（注1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において、同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。</p> <p>（注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項第1号に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を80万円として算定した掲げる金額を控除した額とする。</p>	<p>2 各所得区分の所得の内容等</p> <p>(1) 1 (1) の所得区分のうち「①生活保護」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。</p> <p>① 支給認定世帯員の世帯員が生活保護法（昭和25年法律第144号）の被保護者又は中国残留法人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）である場合</p> <p>② 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及びその特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、「②低所得Ⅰ」の負担上限額を適用としたならば、保護又は支援給付を必要とする状態となる場合</p> <p>(2) 1 (1) の所得区分のうち「②低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。</p> <p>① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方税法 _____ 上の合計所得金額（合計所得金額が0円を下回る場合は0円とする。）（注2） ・ 所得税法 _____ 上の公的年金等の収入金額（注3） ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4） <p>（注1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において、同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。</p> <p>（注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項 _____ に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を80万円として算定した _____ 額とする。</p>
--	--

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

<p>第10 (略)</p> <p>第11 登録者証</p> <p>法第28条第2項に基づき、指定難病の患者に対し「登録者証」を交付し、指定難病にかかっている事実等を証明することで、指定難病の患者が、地域における自立した日常生活の支援のための施策を円滑に利用できるようにする事業を別紙に定める。</p> <p>別紙 島根県指定難病要支援者証明事業</p> <p>1 登録者証の申請手続</p> <p>(1) 登録者証の交付の申請に当たっては、申請書（別紙様式第1-1号）に特定医療費支給認定申請に必要なものを添付、または申請書（別紙様式第1-2号）に指定難病にかかっていることを証する資料（臨床調査個人票、却下通知（指定難病にかかっている旨が確認できるものに限る。）、指定難病の医療受給者証等とする。）を添付の上、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請する。</p> <p>(2) 知事は、申請を受理した場合は、指定難病（法第5条第1項に規定する）の基準を満たしているかを指定難病審査会等にて審査し、満たしている場合には登録者証の交付を決定する。</p> <p>2 登録者証の交付の決定</p> <p>(1) 知事は、指定難病の基準を満たしていると認められた申請について、交付の決定を行い、登録者証を交付する。交付の方法は、「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」（平成25年法律第27号）に基づく情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携（以下「マイナンバー情報連携」という。）を活用するとともに、特定医療費（指定難病）受給者証兼登録者証（別紙様式第2号）または登録者証（別紙様式第11号）として発行をする。</p> <p>(2) 審査の結果、指定難病の基準を満たさないと判定された場合には、その旨を記載の上、申請者に却下の通知書（別紙様式第4号）を交付する。</p> <p>(3) 登録者証の有効期間の開始日は、原則として、交付の決定をした日とする。また、終了日はなしとする。</p> <p>(4) 登録者証の再交付の申請（別紙様式第7号）があったときは、登録者証を再交付する。また、登録者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った登録者証を発見したときは速やかに再交付前の登録者証を保健所長を経由して知事に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。</p>	<p>第10 (略)</p> <p>第11 _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>(新設)</p>
---	---

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

<p>(5) 登録者証の交付を受けた者が死亡したとき、その他登録者証を必要としなくなったときは、返還届（別紙様式第8号）に登録者証を添えて保健所長を経由して知事に届け出るものとする。</p> <p>3 登録者証の記載事項の変更 登録者証の交付を受けた者は、その氏名を変更する必要があるときは、記載事項変更届（別紙様式第6号）保健所長を経由して知事に届出させて登録者証の記載の変更を行う。</p> <p>4 登録者証の交付を受けた者が転居した場合の取扱い 登録者証の交付を受けた者が他の都道府県等に転居した場合、転入先や転出元に転居の旨を届け出させる必要はない。</p> <p>5 登録者証の活用 (1) 指定難病の患者に対する支援として次に例示するようなものがあるが、これらの支援を受けやすくするため、登録者証を、医師の診断書に代わり指定難病の患者であることを確認できるものとして、活用することができる。 ①障害福祉サービス等（利用申請時） ②障害通所給付（利用申請時） ③障害児入所給付（利用申請時） ④公共職業安定所（ハローワーク）における職業相談・職業紹介 ⑤職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業 ⑥障害者就業・生活支援センター事業 ⑦被災者台帳の作成 ⑧避難行動要支援者名簿の作成 ⑨個別避難計画の作成 ※上記の他、地域生活支援事業について、事業の実施主体である市区町村の取扱いにより活用可能。</p> <p>6 その他 (1) 本事業における様式は特定医療費支給認定実施要綱に定める。</p> <p>附則 1 この要綱は、平成27年2月18日から施行し、平成27年1月1日から適用する。</p> <p>附則 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。</p>	<p>附則 1 この要綱は、平成27年2月18日から施行し、平成27年1月1日から適用する。</p> <p>附則 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。</p>
--	---

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

<p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成30年5月8日から施行し、平成30年1月1日から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成30年10月25日から施行し、要綱中第4の2(2)の規定は平成30年4月1日から、別紙様式第1号、第1号(別紙)及び第6号(別紙)は、平成30年9月1日から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和2年3月30日から施行する。ただし、別紙様式第2号の改正については、この要綱の施行の日以降に作成した用紙から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和3年10月1日から施行する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。ただし、別紙様式第2号の改正については、この要綱の施行の日以降に作成した用紙から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1. この要綱は令和5年10月1日から施行する。</p> <p><u>附則</u></p> <p><u>1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する</u></p>	<p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成30年5月8日から施行し、平成30年1月1日から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、平成30年10月25日から施行し、要綱中第4の2(2)の規定は平成30年4月1日から、別紙様式第1号、第1号(別紙)及び第6号(別紙)は、平成30年9月1日から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和2年3月30日から施行する。ただし、別紙様式第2号の改正については、この要綱の施行の日以降に作成した用紙から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和3年10月1日から施行する。</p> <p>附則</p> <p>1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。ただし、別紙様式第2号の改正については、この要綱の施行の日以降に作成した用紙から適用する。</p> <p>附則</p> <p>1. この要綱は令和5年10月1日から施行する。</p> <hr/> <hr/>
---	---

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第1-1号(表面)

別紙様式第1-1号(表面)

受給者番号(※)		交付認定番号(保険所記入)	
(※) 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	生年月日
	氏名	歳	大・昭 平・令 年 月 日
	〒	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(口医療保険加入なし)	
	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	受診者 との関係	
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
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 (該当するものに勾)	<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。			保険所受付印
<ul style="list-style-type: none"> ・居住地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) ・申請内容が個人情報保護のもとに、保護所が行う療養支援、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。 ・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。 			<input type="checkbox"/> (松江市【中核市】にお住まいの方のみ)本申請書及び診断書(臨床調査個人票)について、松江市が行う療養支援のため、個人情報保護のもとに使用されることに同意します。(※1)
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 級 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

受給者番号(※)		交付認定番号(保険所記入)	
(※) 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)支給認定申請書(新規・転入・疾病追加・更新・変更)			
受 診 者	フリガナ	年齢	生年月日
	氏名	歳	大・昭 平・令 年 月 日
	〒	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(口医療保険加入なし)	
	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	受診者 との関係	
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
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 (該当するものに勾)	<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、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。			保険所受付印
<ul style="list-style-type: none"> ・居住地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。 			<input type="checkbox"/> (松江市【中核市】にお住まいの方のみ)本申請書及び診断書(臨床調査個人票)について、松江市が行う療養支援のため、個人情報保護のもとに使用されることに同意します。(※1)
申請者氏名 (※2)			
年 月 日 島 根 県 知 事 様			
県記載欄	階 級 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) 同意いただける項目に勾を入れてください。(松江市以外にお住まいの方は、2つ目の勾は不要です。)

(※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、申請者は保護者になります)

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第1-1号(裏面)

別紙様式第1-1号(裏面) 受付整理番号(保険者記入)

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

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 □へチェックをお願いします。

登録者証を 希望しない 同意する 同意しない (※2)

※2 (□ 同意する □ 同意しない) のどちらにも印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。)

1) 社会活動
1. 在宅療養* 2. 就労 3. 就学 4. 長期入院 5. 施設入所

2) 医療処置
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 ()

※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(市町村国民保、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	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□

(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)

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

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 □へチェックの上、理由を記載。
 臨床調査個人票の受領に時間を要したため
 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
 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
 その他理由

年 月 日

別紙様式第1-1号(裏面)

別紙様式第1-1号(裏面) 受付整理番号(申請者記入)

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

臨床調査個人票の研究等への利用について、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に記載をお願いします。

指定難病の研究を推進するため、提出した受診者の臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」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 (※1)

申請者氏名 _____ (※2)

年 月 日 厚生労働大臣 様

※1 (□ 同意する □ 同意しない) のどちらにも印が無い場合は同意がないものとみなします。
※2 申請者は受診者本人です。受診者が未成年又は成年後見人等の理由により代理人が申請する場合は代理人の氏名を記載してください。

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(市町村国民保、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	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□
		大・昭 平・令 年 月 日	〒	□

詳しい手続き方法については、島根県のホームページに掲載しております。

◆難病の医療費助成制度について◆
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/nanbyo/nanbyoujusei.html>

島根県健康福祉部健康推進課 難病支援グループ



島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第1-2号

別紙様式第1-2号(新設)

別添様式第1-2号

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・希 歳	年 月 日	
	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"> 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) <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>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						
<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"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (※3)</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>						
<p>※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。</p> <p>※2 申請者は要支援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。)</p> <p>※3 要支援者本人と異なる場合に記入</p> <p>※4 (<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない) のどちらにも <input checked="" type="checkbox"/> が無い場合は、同意があるものとみなします。</p>						

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第1号(別添)(表面)

＜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

別紙様式第1号(別添)(表面)

＜臨床調査個人票の研究利用に関するご説明＞

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を目指し、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、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「臨床調査個人票」の記載内容をデータベースに登録し、指定難病(小児慢性特定疾病)に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「臨床調査個人票」の記載内容を登録すること並びに登録情報を指定難病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、申請書に署名をお願いします。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

○個人情報保護について：

臨床調査個人票を研究に利用するに当たっては、審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究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、皆様の同意を得ることとしております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

また、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。

(提供先について)

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

(裏面もあります)

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第1号(別添)(裏面)

- 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。

別紙様式第1号(別添)(裏面)

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、指定難病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。)

https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は臨床調査個人票に記載された項目となります。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

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

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過(どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等)を把握することができます。

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第2号(表面)

別紙様式第2号(表面)

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>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</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		
上記のとおり認定する。			
年 月 日 島根県知事			

別紙様式第2号(表面)

別紙様式第2号(表面)

特定医療費(指定難病)受給者証			
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>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</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		
上記のとおり認定する。			
年 月 日 島根県知事			

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第3～5号（略）

別紙様式第6号

別紙様式第6号 保健所受付印

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 <small>（受支受者氏名）</small>	受給者番号	
----------------------------------	-------	--

変更のある事項に☑を添えて、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 <small>（受支受者）</small>	フリガナ	
	氏名	
<input type="checkbox"/>	住所・電話番号	
	フリガナ	世帯番号の欄
<input type="checkbox"/> 送付先	氏名	世帯番号の欄
	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（受給者と同一医療保険に加入する被保険者）	世帯員種別（保険種別記入）
	<input type="checkbox"/> 変更あり ・ 変更なし <input type="checkbox"/> 変更後、支給認定基準世帯員なし	

フリガナ氏名	性別	続柄	生年月日	住所 <small>（受給者と同一場合は略）</small>	1月1日現在の居住地 <small>（市区町村） （居住地域）</small>
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□

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。

居住地等を前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。

別紙様式第3～5号（略）

別紙様式第6号

別紙様式第6号 保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項変更届

受給者氏名	受給者番号	
-------	-------	--

変更のある事項に☑を添えて、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	フリガナ	
	氏名	
<input type="checkbox"/>	住所・電話番号	
	フリガナ	世帯番号の欄
<input type="checkbox"/> 送付先	氏名	世帯番号の欄
	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（受給者と同一医療保険に加入する被保険者）	世帯員種別（保険種別記入）
	<input type="checkbox"/> 変更あり ・ 変更なし <input type="checkbox"/> 変更後、支給認定基準世帯員なし	

フリガナ氏名	性別	続柄	生年月日	住所 <small>（受給者と同一場合は略）</small>	1月1日現在の居住地 <small>（市区町村） （居住地域）</small>
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□
			大・年 月 日 □		□

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。

居住地等を前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。

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第7号

別紙様式第7号 保健所受付印

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		

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

島根県知事 様

別紙様式第7号

別紙様式第7号 保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

受給者氏名		受給者番号	
再交付を 申請する理由 (該当に○)	1 受給者証を破損した		
	2 受給者証を汚損した		
	3 受給者証を紛失した		

上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

島根県知事 様

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第9～10号（略）

別紙様式第11号（表面）

別紙様式第9～10号（略）

別紙様式第11号（新設）

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> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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>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	

島根県特定医療費支給認定実施要綱
新旧対照表

新

旧

別紙様式第11号(裏面)

連絡先

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