

香川県指定難病医療費助成実施要綱

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。）又は香川県が指定した難病に対する医療費助成の支給認定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。

第 1 定義

- 1 指定難病（法第 5 条第 1 項に規定する指定難病（難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいう。以下同じ。）のうち、当該難病の患者数が本邦において、人口（官報で公示された最近の国勢調査又はこれに準ずる全国的な人口調査の結果による人口をいう。）のおおむね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するもの）をいう。以下同じ。）の患者又はその保護者（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 6 条に規定する保護者をいう。以下同じ。）を「指定難病の患者等」という。
- 2 香川県指定難病（難病のうち、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、知事が指定するものをいう。以下同じ。）の患者又はその保護者を「香川県指定難病の患者等」という。
なお、指定難病及び香川県指定難病を「指定難病等」という。以下同じ。
指定難病等は、別表 1 の疾病とする。
- 3 特定医療（支給認定を受けた指定難病等の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病等及び当該指定難病等に付随して発生する傷病に関する医療をいう。以下同じ。）の提供を受ける指定難病等の患者を「受診者」という。
- 4 特定医療費の支給を受ける指定難病等の患者等を「受給者」という。
- 5 特定医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 6 受診者及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成 26 年政令第 358 号。以下「令」という。）第 1 条第 1 項第 2 号に規定する支給認定基準世帯員（以下「支給認定基準世帯員」という。）で構成する世帯（特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「支給認定世帯」という。

第 2 特定医療の対象

1 特定医療の対象となる者

- (1) 指定難病にかかっていると認められる者であって、次のいずれかに該当するものとする。

- ① その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度）である者
 - ② 当該支給認定の申請のあった月以前の12月以内に医療費が33,330円を超える月数が既に3月以上ある者
- (2) 香川県指定難病にかかっていると認められる者であって、その病状の程度が本要綱で定める程度である者（生活保護受給者を除く。）

2 特定医療費の対象となる者

特定医療費の対象となる者は、香川県内に住所を有する者で、患者が上記1の(1)又は(2)に掲げるもの。(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)

3 特定医療費の支給対象

(1) 特定医療費の支給対象となる医療の内容

特定医療費の支給の対象となる医療の内容は以下のとおりとする。

- ① 診察
- ② 薬剤の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(2) 特定医療費の支給対象となる介護の内容

特定医療費の支給の対象となる介護の内容は以下のとおりとする。

- ① 訪問看護
- ② 訪問リハビリテーション
- ③ 居宅療養管理指導
- ④ 介護予防訪問看護
- ⑤ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑥ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑦ 介護医療院サービス

第3 指定医の指定等

香川県指定難病については、法第6条第1項に規定する指定医を、香川県指定難病の指定医とみなすものとする。

第4 指定医療機関の指定等

香川県指定難病については、法第14条第1項の規定による指定医療機関を、香川県指定難病の指定医療機関とみなすものとする。

第5 支給認定の要件等

1 所得区分について

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。

- (1) 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。
- | | | |
|---------|--------|---------|
| 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 |
- (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後のものに限る。）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。
- | | | |
|----------------|--------|---------|
| 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 |
- (3) 所得区分のうち「①生活保護」以外の場合において、(1)及び(2)までの所得区分にかかわらず、受診者が人工呼吸器等装着者（人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の県による認定を受けた者）である場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。
- (4) 指定難病の受診者が児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）である場合又は受診者が属する医療保険と同一の医療保険に属する者のうちに、受診者以外の指定難病の患者若しくは小児慢性特定疾病児童等がある場合は、当該指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等の(1)から(3)までに掲げる額に医療費按分率（当該世帯における次の①及び②の額の合算額で、次の①及び②のうち当該世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）を負担上限月額とする。
- | |
|---|
| ① 受給者が属する所得区分の負担上限月額 |
| ② 児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号）第22条第2項に規定する小児慢性特定疾病 |

医療支援負担上限月額

- (5) 香川県指定難病の受診者が属する医療保険と同一の医療保険に属する者のうちに、受診者以外の香川県指定難病の患者がある場合は、当該香川県指定難病の患者の(1)から(3)までに掲げる額に医療費按分率(当該世帯における次の①の額の合算額で、次の①のうち当該世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。)を乗じて得た額(その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)を負担上限月額とする。
- ① 受給者が属する所得区分の負担上限月額

2 所得区分の把握について

- (1) 市町村民税額の確認方法

市町村民税(所得割)の額は、市町村が発行する課税証明書又は非課税証明書等をもって確認するものとする。市町村民税(所得割)の額を把握することができない場合は、所得区分は第5の1(1)に規定する「⑥上位所得」とするものとする。

- (2) 市町村民税(所得割)の額の合算方法

- ① 受診者が被用者保険(健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法の規定による医療保険)の被保険者又は組合員(以下「被保険者等」という。)である場合は、当該被用者保険の被保険者等の市町村民税(所得割)の額をもって所得区分を把握するものとする。
- ② 受診者の加入する医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、受診者の市町村民税(所得割)の額及び支給認定基準世帯員の市町村民税(所得割)の額を合算した額をもって所得区分を把握するものとする。
- ③ 受診者の保護者が加入する医療保険が後期高齢者医療であり、かつ、18歳未満の受診者が加入する医療保険が国民健康保険の場合は、受診者の市町村民税(所得割)の額及び支給認定基準世帯員の市町村民税(所得割)の額を合算した額をもって所得区分を把握するものとする。
- ④ 受診者が①から③までに掲げるものに該当しない場合は、支給認定基準世帯員の市町村民税(所得割)の額をもって所得区分を把握するものとする。

3 各所得区分の所得の内容等

- (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。(指定難病のみ)
- ① 支給認定世帯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
- 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」の負担上限月額を適用した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

- (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。
- 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80万9千円以下である場合
 - ・ 地方税法（昭和25年法律第226号）上の合計所得金額（注2）
（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とする。）
 - ・ 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）
- （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。
- （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第35条第2項第1号に掲げる金額を控除した額とする。
- （注3）「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。
- （注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、規則第8条各号に掲げる国民年金法（昭和34年法律第141号）に基づく障害基礎年金等の給付の合計金額をいう。
- ② 指定難病の支給認定世帯の世帯員が要保護者又は要支援者であって「③低所得Ⅱ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」の対象ではない場合
- (3) 1 (1) の所得区分のうち「③低所得Ⅱ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」及び「②低所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。
- ① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合
 - ② 指定難病の支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であって「④一般所得Ⅰ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合
- (4) 1 (1) の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が7万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」及び「③低所得Ⅱ」の対象ではない場合であるものとする。
- (5) 1 (1) の所得区分のうち「⑤一般所得Ⅱ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計

が25万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」、「③低所得Ⅱ」及び「④一般所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。

- (6) 1(1)の所得区分のうち「⑥上位所得」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割)の合計が25万1千円以上の場合であるものとする。
- (7) 1(2)の所得区分のうち「④'一般所得(高額継続)Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (8) 1(2)の所得区分のうち「⑤'一般所得(高額継続)Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (9) 1(2)の所得区分のうち「⑥'上位所得(高額継続)」の対象となるのは、「⑥上位所得」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (10) (4)から(9)までにおいて、市町村民税額(所得割)の合計を判断する場合には、本要綱第5の4(5)及び第8の3に基づくこととなる。

4 支給認定世帯

- (1) 支給認定世帯については、(6)に掲げる特例に該当する場合を除き、受診者と同じ医療保険の被保険者をもって、受診者の生計を維持するものとして取り扱うこととする。なお、受診者が属する医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、当該受診者が加入している医療保険の被保険者であって、受診者と同一の世帯(住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づく住民基本台帳上の世帯をいう。)に属する者に限るものとする。
- (2) 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、(6)に掲げる特例に該当する場合を除き、医療保険の加入関係が異なる場合には別の支給認定世帯として取り扱う。
- (3) 受診者及び支給認定世帯に属する他の者の医療保険の資格情報について、原則として「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」(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。)を活用して確認を行うこと。
- (4) 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者である場合については、支給認定基準世帯員の全員が申請書(指定難病にあつては第1号様式の1、香川県指定難病にあつては第1号様式の2。)、変更申請書(指定難病にあつては第1号様式の1、香川県指定難病にあつては第1号様式の2。)、または更新申請書(指定難病にあつては第1号様式の3、香川県指定難病にあつては第1号様式の4)に記載されているかの確認を、申請者に住民票を提出させる、法第35条第1項の規定に基づき職権で調査する等の方法によって行うこととする。
- (5) 市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額(所得割)の支給認定世帯における合計額の算定は、受診者が指定特定医療(第8の2(2)に定める指定特定

医療をいう。以下同じ。)を受ける日の属する年度(指定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)の課税状況を基準とすることが基本となる。

なお、指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であって、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額(所得割)の支給認定世帯における合計額の算定について再確認を行うことを省略することができるものとする。

また、毎年1月1日現在において、指定都市の住民であった者にかかる市町村民税については、地方税法の規定にかかわらず、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律(平成29年法律第2号)第1条による改正前の地用税法に規定する個人住民税所得割の標準税率(6%)により算定された所得割額を用いることとする。

(6) 支給認定世帯の範囲の特例

受診者が18歳未満で国民健康保険に加入している場合については、受給者(保護者)が後期高齢者医療に加入している場合であっても、受診者と受給者を同一の支給認定世帯とみなすものとする。

- (7) 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合、新たな医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。支給認定世帯の状況の変化に伴い負担上限月額等について支給認定の変更が必要となった場合には、職権で支給認定の変更を行う場合を除き、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

第6 支給認定の申請

支給認定の申請は、規則第12条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 申請について

申請に当たって申請者は、申請書に指定医(第3に規定する指定医をいう。以下同じ。)の作成する診断書(指定難病にあっては、法第6条第1項に規定する診断書、香川県指定難病にあっては、本要綱で定める診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。)、医療保険の資格情報が確認できる資料、住民票及び受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料(市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得I」に該当すると考えられる者については指定難病の患者等に係る収入の状況が確認できる資料)を添付の上、県に申請するものとする。マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させること。

なお、複数の指定難病にかかっている患者又は、複数の香川県指定難病にかかっている患者については、支給認定を受けようとする当該指定難病又は香川県指定難病につき、それぞれ指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。

また、支給認定を受けようとする患者が、指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受けることが臨床調査個人票により確認できた場合については、申請時に特定疾病療養受

療証の有無を確認するよう努めるものとする。

ただし、香川県指定難病に起因する腎臓機能障害については、人工透析療法を受けるために特定疾病療養受療証を所持している場合は、医療費助成の対象外であるため申請することはできない。

これらの資料に加え、次の場合には申請者は必要書類を添付の上、県に申請するものとする。

(1) 軽症高額該当の申請（指定難病）

軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。以下同じ。）に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を添付すること。（第8の2（1）に定める自己負担上限額管理票の写し、若しくは指定難病の治療等に係る医療費の額等を示す領収書等（以下「領収書等」という。）が添付された医療費申告書（第30号様式）、又は医療機関が発行する指定難病等にかかる医療費証明書（第13号様式）を用いることとする。）

(2) 高額難病治療継続者の申請（指定難病及び香川県指定難病）

高額難病治療継続者（令第1条第1項第2号ロに規定）の認定に係る申請に当たっては、支給認定の申請書（変更又は更新の場合を含む。）に受診者が高額難病治療継続者の基準に該当する旨を記入し、申請を行う日が属する月以前の12月以内に医療費総額が5万円を超える月数が6月以上あることを証明する書類を添えて県に申請するものとする。

① 医療費の総額は、特定医療に要した費用とすること。ただし、支給認定を受けていない期間の医療費については勘案しない。

② 添付資料は、原則として自己負担上限額管理票とすること。

ただし、当該管理票に記載がない場合は、領収書等が添付された医療費申告書（第30号様式）、又は指定医療機関が作成する指定難病等にかかる医療費証明書（第13号様式）を用いることとする。

③ 支給認定の有効期間中に高額難病治療継続者の基準に該当した場合は、支給認定の変更の申請書に、医療受給者証及び②の添付資料を添えて、県に申請するものとする。

④ 県が行う高額難病治療継続者の負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き高額難病治療継続者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせて高額難病治療継続者の認定に係る申請を行わなければならない。

(3) 人工呼吸器等装着者の申請（指定難病及び香川県指定難病）

人工呼吸器等装着者（令第1条第6項に規定）の認定に係る申請に当たっては、支給認定の申請書（変更又は更新の場合を含む。）に受診者が人工呼吸器等装着者の基準に該当する旨を記入し、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当することを証明する書類を添えて県に申請するものとする。

① 添付書類は、指定難病の場合は当該疾病の臨床調査個人票、香川県指定難病の場合は人工呼吸器等装着者に係る診断書（第28号様式）とする。

- ② 支給認定の有効期間中に人工呼吸器等装着者の基準に該当した場合は、支給認定の変更の申請書に、医療受給者証及び①の添付資料を添えて、県に申請するものとする。
- ③ 県が行う人工呼吸器等装着者の負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き人工呼吸器等装着者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせて人工呼吸器等装着者の認定に係る申請を行わなければならない。

(4) 負担上限月額の按分が必要な患者の申請（指定難病）

第5の1（4）に定める場合に該当する場合は、受診者が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第7条第4項に規定する医療受給者証の写し等とする。）を添付すること。

なお、指定難病の負担上限月額の按分に当たっては、以下のとおりとする。

- ① 支給認定を受けようとする指定難病の患者が、当該指定難病以外の疾病に関して児童福祉法第19条の3第3項に規定する同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等である場合は、当該小児慢性特定疾病児童等の医療受給者証の写しを添付して、県に支給認定の申請を行うものとする。
- ② 受診者が支給認定の有効期間において小児慢性特定疾病にり患した場合は、受給者は、当該小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。
- ③ 令第1条第2項に規定する医療費算定対象世帯員（支給認定を受けようとする指定難病の患者と同一の医療保険に加入する当該患者以外の者をいう。以下同じ。）のうちに、当該患者以外の支給認定を受けた指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等があるときは、その者の医療受給者証の写しを添付して支給認定の申請を行うものとする。
- ④ 支給認定の有効期間において、医療費算定対象世帯員が指定難病又は小児慢性特定疾病にり患した場合は、当該指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、受給者は、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。

(5) 負担上限月額の按分が必要な患者の申請（香川県指定難病）

第5の1（5）に定める場合に該当する場合は、受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた香川県指定難病の患者であることを証明する資料（第5号様式の2医療受給者証の写し等とする。）を添付すること。

なお、香川県指定難病の負担上限月額の按分に当たっては、以下のとおりとする。

- ① 医療費算定対象世帯員のうちに、当該患者以外の支給認定を受けた香川県指定難病の患者があるときは、その者の医療受給者証の写しを添付して支給認定の申請を行うものとする。
- ② 支給認定の有効期間において、医療費算定対象世帯員が香川県指定難病にり患した場合は、当該香川県指定難病に係る支給認定の申請にあわせて、受給者は、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。

2 臨床調査個人票について

特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、指定難病等にかかっている事実を確認するに当たっての基礎資料となるものであるから、第3に規定する難病指定医が作成したものとす
る。

また、更新の申請に係る臨床調査個人票は、難病指定医又は第3に規定する協力難病指定医が
作成したものとす。

3 認定の要件

県は、所定の手続による申請を受理した場合は、指定難病等台帳に入力し、かつ、申請者が申
請の資格を有するか否かを検討すること。

なお、審査については香川県指定難病専門審査員に意見を求め、適当と認めるときは認定す
るものとす。

(1) 指定難病の認定要件

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを審査
し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

- ① 受診者が指定難病にかかっていること。
- ② その受診者の病状の程度が、個々の指定難病の特定に応じ、日常生活又は社会生活に支
障があると医学的に判断される程度であること。

なお、申請者が軽症高額該当に係る申請を行っている場合は、②の当該患者の病状の程度
が重症度分類に照らして一定以上でなくても、軽症高額該当の基準に該当していれば、当該
申請を認定すること。

県は、受診者が当該要件を満たしていなかった場合又は当該要件を満たしていることを判
定できなかった場合には、法第8条第1項に規定する香川県指定難病審査会（以下「香川県
指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下「審査」という。）を求め
なければならない。

(2) 香川県指定難病の認定要件

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを審査
し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

- ① 受診者が香川県指定難病にかかっていること。
- ② その受診者の病状の程度が、香川県指定難病の病状の程度に関する基準を満たしている
こと。

第7 受診者の医療保険における所得区分の把握について

県は、指定難病の支給認定の申請がなされたとき、被用者保険における低所得者区分に該当す
ると思われる場合は、当該申請者が非課税者等であることの確認を行い、保険者にその旨通知す
る。

第8 支給認定

1 支給認定について

(1) 指定難病の支給認定

知事は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、医療受給者証（第5号様式の1）を交付する。

また、香川県指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に認定しない旨の通知書（第7号様式の1）を交付する。

軽症高額該当基準に該当するものとして支給認定した場合には、受給者証にその旨記載して交付すること。

また、軽症高額該当基準に該当しないため、香川県指定難病審査会の審査を経て、支給認定しなかった場合には、支給認定しない旨の通知書に、病名の診断基準は満たすものの、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨及び軽症高額該当基準に該当しない旨を記載し申請者に交付する。

(2) 香川県指定難病の支給認定

知事は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、医療受給者証（第5号様式の2）を交付する。

また、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に認定しない旨の通知書（第7号様式の2）を交付する。

(3) 高額難病治療継続者の認定

① 知事は、高額難病治療継続者の認定をする際には、支給認定の申請を行った日が属する月以前の12月以内に、指定難病に係る特定医療の医療費総額が5万円を超える月数が既に6月以上あることを適切に判定するものとする。

② 高額難病治療継続者の認定を行ったときは、医療受給者証にその旨を記載して交付するものとする。

なお、支給認定の有効期間内において支給認定の変更の申請を受け、高額難病治療継続者の認定を行った場合の当該認定の効力は、申請を行った日から生じるが、負担上限月額の変更に係る事務については9（2）に定めるところにより行うものとする。

③ 高額難病治療継続者の認定をしないこととした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。（第7号様式の1又は2）

(4) 人工呼吸器等装着者の認定

① 知事は、人工呼吸器等装着者の認定をする際には、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当することを適切に判定するものとする。

② 人工呼吸器等装着者の認定を行ったときは、医療受給者証にその旨を記載して交付するものとする。

なお、支給認定の有効期間内において支給認定の変更の申請を受け、人工呼吸器等装着者の認定を行った場合の当該認定の効力は、申請を行った日が属する月の翌月から生じる

ものとし、負担上限月額の変更に係る事務については9（2）に定めるところにより行うものとする。

- ③ 人工呼吸器等装着者の認定をしないこととした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。（第7号様式の1又は2）

（5） 按分を行う場合の負担上限月額の決定（指定難病）

- ① 第6の1（4）①又は③の支給認定の申請があったときは、県は申請者の所得区分に応じた負担上限月額（以下「按分前負担上限月額」という。）に、令第1条第2項に規定する医療費按分率（この場合においては、当該負担上限月額と、申請書に添付された医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療支援に係る医療受給者証の写しに記載された負担上限月額を合算した額で、これらの額のうちいずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額とする。以下同じ。）を按分後の負担上限月額（以下「按分後負担上限月額」という。）とする。

また、当該申請者について支給認定を行った旨、所得区分及び按分後負担上限月額を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡するものとする。

また、支給認定をしないこととしたときについても、その旨を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡すること。

- ② 第6の1（4）②又は④の支給認定の変更の申請があり、小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局より支給認定を行った旨、当該支給認定を受けた者の所得区分及び按分後の小児慢性特定疾病医療支援に係る負担上限月額の連絡を受けたときは、県は、当該受診者に係る按分前負担上限月額に医療費按分率（この場合においては、按分前負担上限月額と所得区分に応じた小児慢性特定疾病医療児童等に係る負担上限月額を合算した額で、これらの額のうちいずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額を按分後負担上限月額とし、医療受給者証の変更を行った上で交付する。

また、按分後負担上限月額は当該変更の申請があった日が属する月の翌月（当該変更申請が行われた日がその属する月の初日である場合は、当該属する月）から適用することとし、その旨を明らかにした書面をあわせて送付するものとする。

- ③ 按分後負担上限月額を適用した受診者について、支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る小児慢性特定疾病医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月（当該連絡があった日がその属する月の初日である場合は、当該属する月）から按分前負担上限月額を適用することとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付するものとする。

また、按分後負担上限月額を適用した受診者の支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る医療費算定基準世帯員の特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月（当該連絡があった日がその属する月の初日である場合は、当該属する月）から按分前負担上限月額を適用することとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付するものとする。

（6） 按分を行う場合の負担上限月額の決定（香川県指定難病）

- ① 第6の1（5）①の支給認定の申請があったときは、県は申請者の所得区分に応じた按

分前負担上限月額に、令第1条第2項に規定する医療費按分率を乗じて得た額を按分後の負担上限月額とする。

② 按分後負担上限月額を適用した受診者の支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る医療費算定基準世帯員の特定医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月から按分前負担上限月額を適用することとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付するものとする。

(7) 境界層措置が適用される要保護者に係る医療費負担の軽減措置及び減免措置適用の優先順位について

特定医療費の支給については、本来適用されるべき所得区分を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い所得区分を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者については、当該より負担の低い所得区分を適用することとしている（当該措置を以下「境界層措置」という。）。

境界層措置が適用される要保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2項に規定する要保護者をいう。）に係る医療費負担の軽減措置を適用する優先順位については、まず特定医療費の軽減措置、次に食費負担の減免措置又は生活費負担の減免措置の順に講ずるものとするものとする。

2 医療受給者証の交付等

(1) 医療受給者証の交付

① 医療受給者証の交付に当たっては、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者への該当の有無の判断及び第5の1に定める負担上限月額の認定を行った上で、医療受給者証を交付すること。また、特定医療に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票を受給者に交付する。

医療受給者証と自己負担上限額管理票は、患者一人につき一式を交付する。

なお、受診者が複数の指定難病又は香川県指定難病にかかっている場合、医療受給者証及び自己負担上限額管理票は、指定難病又は香川県指定難病ごとに、患者一人につき一式を交付するものとする。

② 受診者が複数の指定難病にかかっている場合の医療受給者証への記載及び受給者番号の決定は、以下の方法で行うものとする。

ア 県は、支給認定に当たっては、

(i) 当該疾病により人工呼吸器等装着者に該当する等、負担上限月額がより低額となる疾病

(ii) 発症時期がより早い疾病の順に考慮し、第一順位となる疾病を決定すること。

医療受給者証には当該第一順位となる疾病名を最初に記載することとし、複数の指定難病の名称を全て記載すること。

また、医療受給者証に記載する疾病番号は、当該第一順位となる疾病の番号とし、原則として一度定めた番号は変更を行わないものとする。

イ 受診者が複数の疾病にかかっている場合の負担上限月額は、個別の疾病ごとに人工呼吸器等装着者としての該当等を判断し、最も低額となる額とする。

- (2) 特定医療費の支給の範囲は、受診者の指定特定医療（特定医療のうち指定医療機関から受ける医療であって当該支給認定に係る指定難病等に係るものをいう。以下同じ。）に関する費用に限られるものとする。
- ※ 受診者が、支給認定を受けた指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受ける場合については、特定疾病療養受療証を所持していることを確認し、受診する際にこれを提示することを促すこと。
- (3) 支給認定の有効期間は1年以内とすること。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年6月を超えない範囲内において知事が定める期間とする。また、支給認定の有効期間の開始日は、「難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第5項に基づく特定医療費の支給開始日の遡りに係る取扱いについて（令和5年8月29日付け健難発0829第2号厚生労働省健康局難病対策課長通知）の別紙（以下「遡り取扱い通知」という。）」を踏まえて設定する。
- (4) 受給者から受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付するものとする。また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。
- (5) 受診者が死亡したとき又は医療を受けることを中止したとき、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他県において支給認定を行う理由がなくなったときは、医療受給者証を速やかに県に返還させるものとする。

3 支給認定世帯の所得の認定

- (1) 支給認定世帯の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。
- (2) 申請の際の提出資料や申請者からの聞き取りから、所得区分の認定に必要な所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこととする。
- ただし、市町村民税額（所得割）が25万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「⑤一般所得Ⅱ」として取り扱うこととする。この場合において、本要綱第5の1（2）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（高額継続）Ⅱ」として取り扱うこととする。
- また、市町村民税額（所得割）が7万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「④一般所得Ⅰ」として取り扱うこととする。この場合において、本要綱第5の1（2）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（高額継続）Ⅰ」として取り扱うこととする。
- さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を「③低所得Ⅱ」として取扱うこととする。
- (3) 市町村民税（所得割）の額の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

4 支給認定世帯の所得区分の認定

- (1) 支給認定世帯の所得区分は、受診者の属する支給認定世帯のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行うものとする。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。
- また、所得区分が「②低所得Ⅰ」に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき、申請者の収入を算定し認定するものとする。
- (2) 指定難病については、法第 37 条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うことも差し支えない。
- なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、受給者以外の保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいこととする。
- (3) 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。
- なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

5 香川県指定難病審査会における判定

第 6 の 3 により判定を求められた香川県指定難病審査会は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病及びその病状の程度等について医学的知見に基づく判定を的確に行い、知事に判定の結果を報告するものとする。

6 香川県指定難病専門審査員における審査等

第 6 の 3 により意見を求められた香川県指定難病専門審査員は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病等について、その病状の程度について医学的知見に基づく審査を行い、意見を述べるものとする。

7 未申告者の取扱い

非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこと。

8 医療保険未加入者の取扱い

- (1) 支給認定の申請に係る審査の段階で受診者が加入している医療保険の把握を行い、受診者又は保護者が被用者保険の加入者又は後期高齢者医療の被保険者となる場合や、支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となっている場合を除き、医

療保険の加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して手続を促すとともに、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。

- (2) 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や、支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- (3) (1) 及び(2)の加入手続を行っている途上における申請に際しての支給認定世帯の取扱いについては、加入手続が完了した場合の支給認定世帯に準じて取り扱うこと。
- (4) (1) 及び(2)にかかわらず、医療保険の加入手続を行わないことについて正当な理由がある場合については、支給認定の申請を受け付けることとし、所得区分の認定に当たっては「⑥上位所得」とすること。

9 支給認定の変更

申請又は届出については、電子情報処理組織（知事の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請又は届出をする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行わせることができる。

- (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、変更申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、医療受給者証を添えて提出させるものとする。

申請書及び医療受給者証の記載事項の変更のうち、変更申請書の提出を要するのは、負担上限月額（所得区分、高額難病治療継続者の該当及び世帯内按分の変更等によるもの）及び支給認定に係る指定難病の名称のみとする。

上記以外の変更については、変更の生じた理由を証する書類、医療受給者証を添えて特定医療費受給者証等記載事項変更届（第8号様式）に必要事項を記載し、届出させるものとする。

なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させること。
- (2) 所得区分又は負担上限月額の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月（当該変更申請が行われた日がその属する月の初日である場合は、当該属する月）から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付することとする。変更認定後の負担上限月額の効力は、当該受給者の医療受給者証の有効期間内に限るものとする。

なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（第7号様式の1又は2）を申請者に交付することとする。
- (3) 支給認定に係る指定難病の名称の変更の申請があったときは、指定医が作成した臨床調査個人票の提出を求めることとし、当該臨床調査個人票に基づき特定医療の可否を判定する。

変更の必要があると判断した場合は、遡り取扱い通知により設定した日に遡って特定医療

費を支給するものとし、新たな指定難病の名称を記載した受給者証を交付する。

なお、支給認定に係る指定難病の名称の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

- (4) 支給認定を受けた指定難病の患者が、支給認定の有効期間において他の指定難病を発症した場合は、規則第 33 条の規定に基づき支給認定の変更の申請を行うこととなるが、当該他の指定難病については初回の支給認定の申請となるため、変更の申請に当たっては、難病指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。

また、受診者が他の指定難病を発症したことにより疾病名を追加する等の疾病名の変更の認定が行われた場合であっても、疾病番号は変更しないこととする。

- (5) 支給認定を受けた香川県指定難病の患者が、支給認定の有効期間において他の香川県指定難病を発症した場合は、支給認定の変更の申請を行うこととなるが、当該他の香川県指定難病については初回の支給認定の申請となるため、変更の申請に当たっては、難病指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。

また、受診者が他の香川県指定難病を発症したことにより疾病名を追加する等の疾病名の変更の認定が行われた場合であっても、疾病番号は変更しないこととする。

10 受給者が転居した場合の取扱いについて

- (1) 指定難病の受給者が、他の都道府県に転出した場合

① 受給者は、他の都道府県に転居したとき又は転居することが見込まれるときは、速やかに県に医療受給者証を添えて変更の届出を行うとともに、転出先の都道府県に、新規の支給認定の申請を行うこと。

② 県は、当該受給者に対し、規則第 34 条の規定に基づき支給認定の取消しを行った旨を書面で通知するものとする。

支給認定の取消しに当たっては、県は、転入先の都道府県に対して、当該受給者が支給認定の申請を行った日を確認の上、当該申請日の前日付で取消しに係る通知を行うなど、申請者の医療受給者証の有効期間に空白が生ずることのないよう留意するものとする。

- (2) 他の都道府県の指定難病の受給者が、転入した場合

① 他の都道府県の受給者が香川県に転入した場合、転出元の都道府県から交付されていた医療受給者証の写しを添えて、新規の支給認定の申請を行うこと。

② 県は、転居に伴う支給認定の申請があったときは、当該申請者に対し転出元の都道府県から交付されていた医療受給者証の写し又は当該申請者の同意に基づき転出元の都道府県に照会を行い得られた情報をもとに、医学的審査を行うことなく、申請日から県が定める日までを有効期間とする新たな医療受給者証及び自己負担上限額管理票を交付することができるものとする。

なお、有効期間については、転出元の都道府県（医学的審査を行った都道府県に限る。）が行った支給認定の初日から起算して1年（特別の事情があると認められるときは1年6月）を超えない範囲とする。

③ 申請者の負担上限月額については、転居により新たに県から支給認定を行った場

合であっても、申請者が転居前に負担した額を含め、月ごとの負担上限月額を超えない範囲で負担させるものとする。

- (3) 香川県指定難病の受給者が、他の都道府県に転出した場合
受給者は、他の都道府県に転居したときは、速やかに県に医療受給者証を返却すること。

11 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間の終了後、引き続き支給認定を受けようとする受給者は、有効期間が終了する2か月前までに支給認定の更新（以下「更新」という。）の申請を行わなければならない。ただし、災害その他やむを得ない事由により更新申請期間にその申請をすることができないときは、この限りでない。

申請者は、更新申請書に難病指定医又は協力難病指定医が作成する臨床調査個人票（更新）、医療保険の資格情報が確認できる資料、住民票及び受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、県に申請するものとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させること。

支給認定の手続について第6の規定は、更新申請の場合において準用する。

また、支給認定について第8の1から8までの規定は、更新申請の場合において準用する。

第9 特定医療の受診

1 負担上限月額管理の取扱い

- (1) 受給者は、指定医療機関で指定特定医療を受ける際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示すること。
- (2) 管理票を提示された指定医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定特定医療について支払った自己負担の累積額及び医療費総額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載すること。
- (3) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。その際、自己負担額及び累積額については管理票への記載は要しないが、医療費総額については引き続き記載すること。
- (4) なお、香川県指定難病の受給者が、県外の指定医療機関で医療等を受けた場合、又は公費助成対象の介護サービスを受けた場合は、審査支払機関を通じての公費助成が行えず、償還払いとなるため、上記(2)及び(3)の取扱いをすることができない。このため、管理票については、医療費総額と医療保険の自己負担額を記載するものとする。

2 食事療養費及び生活療養費

- (1) 入院時の食事療養及び生活療養（以下「食事療養等」という。）については、所得区分が「①生活保護」及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費（以下「食事療養費等」という。）の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の

受給者には、医療保険における食事療養等に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費の対象となり得るが、実際には医療保険が優先し、食事療養費等分が医療保険から支払われるため、特定医療費としては食事療養費等分を支払わないこととなる。）。

一方、食事療養費等減免者については、食事療養等に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、少なくとも医療保険の標準負担額相当部分を特定医療費として支給することとなる。（原則として健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費として支給されることになるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、医療保険に加入していない食事療養費等減免者（被保護者等）については、健康保険の食事療養費等相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ特定医療費として支給されることとなる。）

- (2) なお、食事療養等に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

3 指定医療機関の窓口における自己負担額

受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。

第10 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

特定医療費の支給は、受診者が受給者証を指定医療機関に提示して受けた指定特定医療に係る費用について県が当該指定医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

2 指定医療機関

知事は、法第24条第1号で定めるところにより、指定を行った指定医療機関についての一覧を作成し、公示するものとする。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を、各月ごとに公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付するものとする。

3 指定医療機関における診療報酬の請求及び支払

指定医療機関が診療報酬を請求するに当たっては、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させるものとする。

ただし、香川県指定難病の受給者が、県外指定医療機関で受診した場合又は介護保険のサービスを受けた場合については、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会を通じての請求及び支払をすることはできないため、償還払いとなる。

4 診療報酬の審査、決定及び支払

診療報酬の審査については「特定医療費の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（平成26年11月12付け健発1112第10号厚生労働省健康局長通知）及び「特定医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（平成26年11月12日付け健発1112第12号厚生労働省健康局長通知）並びに社会保険診療報酬支払基金香川支部長及び香川県国民健康保険団体連合会理事長と知事との契約の定めるところによることとする。

5 特定医療費の償還払いについて

やむをえない事由により、受給者が特定医療費の公費助成分を支払った場合、知事は、当該受給者の請求に基づき、公費助成に相当する額を支払うものとする。（第12号様式の1）

なお、受給者死亡の事実が判明した場合は、当該特定医療費の償還払いに関する申し出を依頼し、その申出人からの請求に基づき、申出人名義の口座に公費助成に相当する額を支払うものとする。ただし、この取扱いの対象とできる特定医療費の償還払いは、50万円未満のものに限る。（第12号様式の2）

第11 その他

1 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第5条の規定のとおり、健康保険法の規定による療養の給付や児童福祉法の規定による小児慢性特定疾病医療費等の支給を受けられるときは、特定医療費の支給は行わないものとする。したがって、特定医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなる。

2 書類の経由

第6又は第8の9の規定により県に提出する書類は、受診者又はその保護者の住所地を管轄する保健所長（住所地が高松市にある場合を除く）を経由して提出するものとする。

3 申請等の方法

本要綱の規定による申請又は届出については、電子情報処理組織（知事の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請又は届出をする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行わせることができる。

附 則

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年3月23日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 27 年 7 月 1 日から適用する。
- 2 この要綱の適用の際現に香川県指定難病専門審査会の意見を求める手続を開始している支給認定申請の当該手続については、なお従前の例による。
- 3 平成 27 年 9 月 30 日まで、香川県指定難病のうち改正前の要綱第 2 の 2 及び別表 1 に規定するネフローゼ症候群、進行性筋ジストロフィー又は慢性腎不全のうち原疾病が指定難病であるものの支給資格を有している受給者に対する特定医療費の支給については、なお従前の例による。
- 4 受診者が、香川県指定難病のうち改正前の要綱第 2 の 2 及び別表 1 に規定するネフローゼ症候群又は進行性筋ジストロフィーの支給認定を受けており、かつ指定難病の一次性ネフローゼ症候群又は筋ジストロフィーの認定基準を満たしていない場合は、当該受診者については、ネフローゼ症候群又は進行性筋ジストロフィーはなお香川県指定難病であるものとみなして、この要綱を適用する。

この場合においては、指定難病の一次性ネフローゼ症候群又は筋ジストロフィーの認定申請を香川県指定難病の更新申請とみなして認定審査を行うものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 29 年 1 月 1 日から適用する。
- 2 ただし、第 1 号様式の 3、第 1 号様式の 4、第 5 号様式の 1 及び第 5 号様式の 2 については、平成 29 年 3 月 27 日から適用する。
- 3 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から適用する。
なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成 29 年 7 月 1 日から適用する。
なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成 30 年 3 月 1 日から適用する。
なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。
- 3 ただし、第 31 号様式については、平成 30 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和元年 7 月 1 日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 2 年 3 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和 2 年 6 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和 3 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 ただし、改正前の様式の内、第 31 号様式については、令和 3 年 6 月 30 日までの申請において、従前のおり適用できるものとする。
- 3 また、その他の改正前の様式による用紙は、当分の間、使用できることができるものとする。

附 則

この要綱は、令和 3 年 11 月 1 日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は令和 4 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。
- 3 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は令和 5 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。
- 3 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和 5 年 10 月 1 日から適用する。

- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和6年4月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和6年11月28日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和7年4月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和7年7月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和8年3月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

指定難病等

指定難病

番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症
10	シャルコー・マリー・トゥース病
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群
13	多発性硬化症/視神経脊髄炎
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー
15	封入体筋炎
16	クローウ・深瀬症候群
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く。）
19	ライソゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	モヤモヤ病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症
26	HTLV-1関連脊髄症
27	特発性基底核石灰化症
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病
30	遠位型ミオパチー
31	ベスレムミオパチー
32	自己貪食空胞性ミオパチー
33	シュワルツ・ヤンベル症候群
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿疱性乾癬（汎発型）
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安動脈炎
41	巨細胞性動脈炎
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
46	悪性関節リウマチ
47	バージャー病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎/多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病
53	シェーグレン症候群
54	成人発症スチル病
55	再発性多発軟骨炎
56	ペーチェット病

番号	病名
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
63	免疫性血小板減少症
64	血栓性血小板減少性紫斑病
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA腎症
67	多発性嚢胞腎
68	黄色靱帯骨化症
69	後縦靱帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性ADH分泌異常症
73	下垂体性TSH分泌亢進症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
75	クッシング病
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
78	下垂体前葉機能低下症
79	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
80	甲状腺ホルモン不応症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
82	先天性副腎低形成症
83	アジソン病
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症
88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
89	リンパ脈管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症
93	原発性胆汁性胆管炎
94	原発性硬化性胆管炎
95	自己免疫性肝炎
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患
99	慢性特発性偽性腸閉塞症
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
101	腸管神経節細胞減少症
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
103	CFC症候群
104	コステロ症候群
105	チャージ症候群/チャージ連合
106	クリオピリン関連周期熱症候群
107	若年性特発性関節炎
108	TNF受容体関連周期性症候群
109	非典型溶血性尿毒症症候群
110	ブラウ症候群
111	先天性ミオパチー
112	マリネスコ・シェーグレン症候群

指定難病

番号	病名
113	筋ジストロフィー
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
115	遺伝性周期性四肢麻痺
116	アトピー性脊髄炎
117	脊髄空洞症
118	脊髄髄膜瘤
119	アイザックス症候群
120	遺伝性ジストニア
121	脳内鉄沈着神経変性症
122	脳表ヘモジデリン沈着症
123	H T R A 1 関連脳小血管病
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
126	ペリー病
127	前頭側頭葉変性症
128	ピッカースタッフ脳幹脳炎
129	痙攣重積型（二相性）急性脳症
130	先天性無痛無汗症
131	アレキサンダー病
132	先天性核上性球麻痺
133	メビウス症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
135	アイカルディ症候群
136	片側巨脳症
137	限局性皮質異形成
138	神経細胞移動異常症
139	先天性大脳白質形成不全症
140	ドラベ症候群
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
142	ミオクロニー欠神てんかん
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
144	レノックス・ガストー症候群
145	ウエスト症候群
146	大田原症候群
147	早期ミオクロニー脳症
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
150	環状20番染色体症候群
151	ラスムッセン脳炎
152	P C D H 19 関連症候群
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
154	睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症 及びてんかん性脳症
155	ランドウ・クレフナー症候群
156	レット症候群
157	スタージ・ウェーバー症候群
158	結節性硬化症
159	色素性乾皮症
160	先天性魚鱗癬
161	家族性良性慢性天疱瘡
162	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
163	特発性後天性全身性無汗症
164	眼皮膚白皮症
165	肥厚性皮膚骨膜炎
166	弾性線維性仮性黄色腫
167	マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群
168	エーラス・ダンロス症候群
169	メンケス病
170	オクシピタル・ホーン症候群

番号	病名
171	ウィルソン病
172	低ホスファターゼ症
173	VATER症候群
174	那須・ハコラ病
175	ウィーバー症候群
176	コフィン・ローリー症候群
177	ジュベール症候群関連疾患
178	モワット・ウィルソン症候群
179	ウィリアムズ症候群
180	A T R - X 症候群
181	クルーゾン症候群
182	アペール症候群
183	ファイファー症候群
184	アントレー・ビクスラー症候群
185	コフィン・シリズ症候群
186	ロスムンド・トムソン症候群
187	歌舞伎症候群
188	多脾症候群
189	無脾症候群
190	鰓耳腎症候群
191	ウェルナー症候群
192	コケイン症候群
193	プラダー・ウィリ症候群
194	ソトス症候群
195	ヌーナン症候群
196	ヤング・シンプソン症候群
197	1 p 36 欠失症候群
198	4 p 欠失症候群
199	5 p 欠失症候群
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群
201	アンジェルマン症候群
202	スミス・マギニス症候群
203	22q11.2欠失症候群
204	エマヌエル症候群
205	脆弱X症候群関連疾患
206	脆弱X症候群
207	総動脈幹遺残症
208	修正大血管転位症
209	完全大血管転位症
210	単心室症
211	左心低形成症候群
212	三尖弁閉鎖症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
215	ファロー四徴症
216	両大血管右室起始症
217	エプスタイン病
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モワット症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
222	一次性ネフローゼ症候群
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
224	紫斑病性腎炎
225	先天性腎性尿崩症
226	間質性膀胱炎（ハンナ型）
227	オスラー病
228	閉塞性細気管支炎

指定難病

番号	病名
229	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
230	肺胞低換気症候群
231	$\alpha 1$ -アンチトリプシン欠乏症
232	カーニー複合
233	ウォルフラム症候群
234	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
235	副甲状腺機能低下症
236	偽性副甲状腺機能低下症
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
240	フェニルケトン尿症
241	高チロシン血症1型
242	高チロシン血症2型
243	高チロシン血症3型
244	メープルシロップ尿症
245	プロピオン酸血症
246	メチルマロン酸血症
247	イソ吉草酸血症
248	グルコーストランスポーター1欠損症
249	グルタル酸血症1型
250	グルタル酸血症2型
251	尿素サイクル異常症
252	リジン尿性蛋白不耐症
253	先天性葉酸吸収不全
254	ポルフィリン症
255	複合カルボキシラーゼ欠損症
256	筋型糖原病
257	肝型糖原病
258	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
260	シトステロール血症
261	タンジール病
262	原発性高カイロミクロン血症
263	脳髄黄色腫症
264	無 β リポタンパク血症
265	脂肪萎縮症
266	家族性地中海熱
267	高IgD症候群
268	中條・西村症候群
269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
270	慢性再発性多発性骨髄炎
271	強直性脊椎炎
272	進行性骨化性線維異形成症
273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
274	骨形成不全症
275	タナトフォリック骨異形成症
276	軟骨無形成症
277	リンパ管腫症/ゴーハム病
278	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
279	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
280	巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）
281	クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群
282	先天性赤血球形成異常性貧血
283	後天性赤芽球癆
284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血
285	ファンconi貧血
286	遺伝性鉄芽球性貧血
287	エプスタイン症候群
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症

番号	病名
289	クローンカイト・カナダ症候群
290	非特異性多発性小腸潰瘍症
291	ヒルシウスプルング病（全結腸型又は小腸型）
292	総排泄腔外反症
293	総排泄腔遺残
294	先天性横隔膜ヘルニア
295	乳幼児肝巨大血管腫
296	胆道閉鎖症
297	アラジール症候群
298	遺伝性膵炎
299	嚢胞性線維症
300	IgG4関連疾患
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌステんかん
310	先天異常症候群
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症
320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	β -ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
331	特発性多中心性キャッスルマン病
332	膠様滴状角膜ジストロフィー
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群
334	脳クレアチン欠乏症候群
335	ネフロン癆
336	家族性低 β リポタンパク血症1（ホモ接合体）
337	ホモシスチン尿症
338	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
339	MECP2重複症候群
340	線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）
341	TRPV4異常症
342	LMNB1関連大脳白質脳症
343	PURA関連神経発達異常症
344	極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症
345	乳児発症 STING 関連血管炎
346	原発性肝外門脈閉塞症
347	出血性線溶異常症
348	口ウ症候群

香川県指定難病

番号	病名
911	突発性難聴
931	慢性腎不全
941	メニエール病

注) 慢性腎不全については、原疾病が国の指定難病であるものを除く。

別表、様式一覧

別表 1		指定難病等の対象疾病
第1号様式	1	特定医療費（指定難病）支給認定申請書
	2	特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書
	3	特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新用）
	4	特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書（更新用）
第4号様式		医師の意見書
第5号様式	1	特定医療費（指定難病）受給者証
	2	特定医療費（香川県指定難病）受給者証
第6号様式	1	自己負担上限額管理票（指定難病）
	2	自己負担上限額管理票（香川県指定難病）
第7号様式	1-1	不認定通知書（指定難病）
	1-2	不認定通知書（指定難病）（障害福祉サービスについての記載あり）
	2	不認定通知書（香川県指定難病）
第8号様式		特定医療費（指定難病等）受給者証記載事項変更届
第12号様式	1	特定医療費（指定難病）償還払い請求書
	2	特定医療費償還払いに関する協議成立申出書
第13号様式		医療費証明書
第14号様式		指定医指定申請書兼経歴書
第15号様式		指定医変更届出書
第16号様式		指定医指定更新申請書
第17号様式		指定医指定辞退届
第18号様式		難病医療指定医療機関指定申請書
第19号様式		難病医療指定医療機関変更届出書
第20号様式		難病医療指定医療機関指定更新申請書
第21号様式		難病医療指定医療機関（休止・廃止・再開）届出書
第22号様式		難病医療指定医療機関辞退申出書
第24号様式		911 突発性難聴臨床調査個人票
第26号様式		931 慢性腎不全臨床調査個人票
第27号様式		941 メニエール病臨床調査個人票
第28号様式		人工呼吸器等装着者に係る診断書
第30号様式		医療費申告書

特定医療費(指定難病)支給認定申請書 【新規 変更 再発行(紛失 破損・汚損) 転入】

香川県知事 殿		年 月 日		
私は、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況・小児慢性特定疾病医療の受給状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て、下記の通り特定医療費の支給を申請します。				
厚生労働大臣 殿		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紙「臨床調査個人票の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 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		
(申請者氏名)				
申請者：受診者本人 (受診者が18歳未満の場合は保護者)				
必ず記入してください。	疾病名			
	受給者番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	
	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		
R〇年中の受診者・保護者の非課税収入の状況		①受給している年金等の種類 <input type="checkbox"/> 受給なし (→②、③は記入不要) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害補償 (労災)	②年間受給額 <input type="checkbox"/> 80.9万円以内 <input type="checkbox"/> 80.9万円超 ③支給元 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> その他 ()	
特例	該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/> を付ける	<input type="checkbox"/> 軽症高額該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者		
医療費助成の開始日		申請日から1か月を超えての遡りを希望する場合は、以下いずれかの理由が必要です。 ※必ずしも1か月を超えて遡ることができるわけではありません。		
臨床調査個人票に記載の「診断年月日」、又は「軽症高額の基準を満たした日の翌日」まで遡って決定されます。ただし、申請日から1か月(右記の理由が認められる場合は3か月)を超えて遡ることはできません。		<input type="checkbox"/> 理由がない <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 ()		
保険者名称		生活保護を受給している場合に <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> を付ける		
被保険者氏名				
保険記号・番号・枝番		記号	番号 枝番	
医療保険 (必ず記入してください。)	氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無 (受給者番号)	R〇.1.1時点の住民票の市区町村 (上記の受診者住所と同じ場合、記入不要)
	受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()	都道府県 市区町村

→ 裏面も必ず、記入してください。

①受療医療機関（指定医療機関に限ります。）

最も利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等を記入してください。

医療機関	名 称	所 在 地

※この項目への記入の有無にかかわらず、指定医療機関であれば公費助成の対象となります。

②登録者証について（受給者証又は重症度不認定通知でも、登録者証に代えることができます。）

登録者証申請	登録者証を <input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない
<small>※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。</small>	

こちらの欄が未記入であったときは、『申請しない』とさせていただきます。

③保護者

受診者が18歳未満の場合は必ず記入してください。

保護者	フリガナ	受診者との続柄	電話番号
	氏 名		— —
	住 所	〒 □□□ - □□□□	

④書類の送付先について

申請者の住所以外に送付を希望する場合に、記入してください。

記入のない場合は、申請者の住所に送付します。

宛 名	申請者との続柄	住 所
様方		〒 □□□ - □□□□ 電話 — —

⑤日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に、記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号
		— —

⑥療養状況・保健師への相談希望について

この項目及び臨床調査個人票は、県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。同意いただける方のみ記入してください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし		
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（⇒後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない		

以下県使用欄のため、記載不要です。

特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書 【新規 変更 再発行(紛失 破損・汚損)】

香川県知事 殿 年 月 日 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個人情報保護のもと、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び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、同意し、特定医療費の支給を申請します。 また、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て、特定医療費の支給を申請します。				
		(申請者氏名) 申請者：受診者本人 (受診者が18歳未満の場合は保護者)		
必ず記入してください。	疾病名			
	受給者番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		電話番号1 電話番号2
R〇年中の受診者・保護者の非課税収入の状況	①受給している年金等の種類	②年間受給額	<input type="checkbox"/> 80.9万円以内 <input type="checkbox"/> 80.9万円超	
	<input type="checkbox"/> 受給なし (→②、③は記入不要) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害補償(労災)	③支給元	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> その他 ()	
特例	該当する場合に☑を付ける	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者		
医療費助成の開始日		申請日から1か月を超えての遡りを希望する場合は、以下いずれかの理由が必要です。 ※必ずしも1か月を超えて遡ることができるわけではありません。		
臨床調査個人票に記載の「診断年月日」、又は「軽症高額の基準を満たした日の翌日」まで遡って決定されます。ただし、申請日から1か月(右記の理由が認められる場合は3か月)を超えて遡ることはできません。		<input type="checkbox"/> 理由がない <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 ()		
保険者名称				
被保険者氏名				
保険記号・番号・枝番		記号	番号	枝番
医療保険 (必ず記入してください。)	氏名	受診者との続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無 (受給者番号)	R〇.1.1時点の住民票の市区町村 (上記の受診者住所と同じ場合、記入不要)
	受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	都道府県 市区町村
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 香川県指定難病 ()	都道府県 市区町村

→ 裏面も必ず、記入してください。

①受療医療機関（指定医療機関に限ります。）

最も利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等を記入してください。

医療機関	名 称	所 在 地

※この項目への記入の有無にかかわらず、指定医療機関であれば公費助成の対象となります。

②保護者

受診者が18歳未満の場合は必ず記入してください。

保護者	フリガナ		受診者との続柄	電話番号
	氏 名			— —
	住 所	〒 □□□ - □□□□		

③書類の送付先について

申請者の住所以外に送付を希望する場合に、記入してください。

記入のない場合は、申請者の住所に送付します。

宛 名	申請者との続柄	住 所
様方		〒 □□□ - □□□□ 電話 — —

④日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に、記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号
		— —

⑤療養状況・保健師への相談希望について

この項目及び臨床調査個人票は、県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。同意いただける方のみ記入してください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし		
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設		
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（⇒後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない		

以下県使用欄のため、記載不要です。

①受療医療機関（難病指定医療機関に限ります。）

主に利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションに変更があれば修正してください。
 ※こちらに記載がなくても難病の指定医療機関であれば受給者証をお使いいただけます。

医療機関（確認して訂正）	名称	所在地

※以前に記入された医療機関等がある方は10箇所まで印字しています。

②保護者欄（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）

フリガナ		受診者との続柄	電話番号
氏名			() -
住民票の住所	〒		

③日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に記入してください。

氏名	受診者との続柄	電話番号
		() -

④療養状況・保健師への相談希望について

この項目及び臨床調査個人票は、香川県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。
 同意いただける方のみ☑をつけてください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（→後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない

①受療医療機関（難病指定医療機関に限ります。）

主に利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションに変更があれば修正してください。
 ※こちらに記載がなくても難病の指定医療機関であれば受給者証をお使いいただけます。

医療機関（確認して訂正）	名称	所在地

※以前に記入された医療機関等がある方は10箇所まで印字しています。

②保護者欄（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）

フリガナ		受診者との続柄	電話番号
氏名			() -
住民票の住所	〒		

③日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に記入してください。

氏名	受診者との続柄	電話番号
		() -

④療養状況・保健師への相談希望について

この項目及び臨床調査個人票は、香川県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。
 同意いただける方のみ☑をつけてください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（→後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない

医師の意見書

患者氏名					受給者番号							
住 所					生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
								年			月	
					性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
疾患番号					疾患名							
意 見 欄												
令和 年 月 日 医療機関所在地 名 称 電 話 番 号 診 療 科 医 師 氏 名												

第5号様式の1 (国指定難病受給者証)

(おもて)

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		
受診者	フリガナ 氏名	
	住所	
	生年月日	
保護者	氏名(続柄)	
	住所	
病名		
自己負担上限額	月額	円
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医療費助成の受給者		
有効期間		

指定医療機関名	
難病法に基づき指定された医療機関	
<p>○難病の指定医療機関(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション)での受診のみ助成対象となります。指定医療機関については、各都道府県・政令指定都市等のホームページを御確認ください。 香川県の指定医療機関は裏面記載のホームページを御確認ください。</p> <p>○受診のつど、この「受給者証」および「自己負担上限額管理票」を指定医療機関窓口にて御提出ください。</p> <p>○この受給者証に記載された病名または、それに付随する傷病が助成の対象となります。助成対象の有無は指定医に御確認ください。</p> <p>○自己負担上限額を限度とする額を指定医療機関に支払うことで、保険診療を受けることができます。窓口での支払額がこの上限額に達した場合、同じ月内に限り、それ以降の費用負担はありません。</p>	
申請窓口	
記載のとおり認定します。 年 月 日	
香川県知事	

(うら)

第5号様式の1

○県外に転出する場合は、転出先の都道府県に指定難病の支給認定申請をしてください。

○県外転出、死亡等で受給者の資格がなくなった場合は、次の該当する番号を○で囲み、各日付を御記入のうえ、この受給者証を表面の申請窓口にお返しく下さい。

1 県外転出(転出日 年 月 日)

2 死亡(死亡日 年 月 日)

3 その他(理由)

○氏名、住所、加入している医療保険に変更があった場合、またはこの受給者証を破損・紛失した場合は、申請窓口にて御連絡ください。

○その他、この受給者証に関する問い合わせは、申請窓口にて御連絡ください。

○香川県難病指定医療機関一覧



【申請窓口の連絡先】

○小豆総合事務所
〒761-4121
小豆郡土庄町湊崎 2079-5 小豆合同庁舎東館 1階
0879-62-1373

○東讃保健福祉事務所
〒769-2401
さぬき市津田町津田 930-2 大川合同庁舎 3階
0879-29-8265

○中讃保健福祉事務所
〒763-0082
丸亀市土器町東八丁目 526
0877-24-9961

○西讃保健福祉事務所
〒768-0067
観音寺市坂本町七丁目 3-18 三豊合同庁舎 1階
0875-25-2052

○香川県保健福祉総務課
〒760-8570
高松市番町四丁目 1-10 県庁本館 16階
087-832-3272

（おもて）

特定医療費(香川県指定難病)受給者証

公費負担者番号		
受給者番号		
受診者	フリガナ 氏名	
	住所	
	生年月日	
保護者	氏名(続柄)	
	住所	
病名		
自己負担上限額	月額	円
受診者と同じ世帯内にいる香川県指定難病の受給者		
有効期間		

指定医療機関名	
難病法に基づき指定された医療機関	
<p>○難病の指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）での受診のみ助成対象となります。指定医療機関については、各都道府県・政令指定都市等のホームページを御確認ください。</p> <p>香川県の指定医療機関は裏面記載のホームページを御確認ください。</p> <p>○受診のつど、この「受給者証」および「自己負担上限額管理票」を指定医療機関窓口にお持ちください。</p> <p>○この受給者証に記載された病名または、それに付随する傷病が助成の対象となります。助成対象の有無は指定医に御確認ください。</p> <p>○自己負担上限額を限度とする額を指定医療機関に支払うことで、保険診療を受けることができます。窓口での支払額がこの上限額に達した場合、同じ月内に限り、それ以降の費用負担はありません。</p>	
申請窓口	
記載のとおり認定します。 年 月 日	
香川県知事	

（うら）

第5号様式の2

○県外転出、死亡等で受給者の資格がなくなった場合は、次の該当する番号を○で囲み、各日付等を御記入のうえ、この受給者証を表面の申請窓口にお返しください。

1 県外転出（転出日 年 月 日）

2 死亡（死亡日 年 月 日）

3 他法適用（適用開始日 年 月 日）
（他法： ）

4 その他（理由 ）

○氏名、住所、加入している医療保険に変更があった場合、またはこの受給者証を破損・紛失した場合は、申請窓口にお知らせください。

○その他、この受給者証に関する問い合わせは、申請窓口にお知らせください。

○香川県難病指定医療機関一覧

検索	香川県 難病指定医療機関
----	--------------



【申請窓口の連絡先】

○小豆総合事務所
〒761-4121
小豆郡土庄町湊崎 2079-5 小豆合同庁舎東館 1 階
0879-62-1373

○東讃保健福祉事務所
〒769-2401
さぬき市津田町津田 930-2 大川合同庁舎 3 階
0879-29-8265

○中讃保健福祉事務所
〒763-0082
丸亀市土器町東八丁目 526
0877-24-9961

○西讃保健福祉事務所
〒768-0067
観音寺市坂本町七丁目 3-18 三豊合同庁舎 1 階
0875-25-2052

○香川県保健福祉総務課
〒760-8570
高松市番町四丁目 1-10 県庁本館 16 階
087-832-3272

特定医療費（指定難病） 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名)

(受給者番号)

病 名	有効期間
-----	------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口にて提示してください。

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票				年 月 分	
(受診者名)		(受給者番号)			
病 名	有効期間				
日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。				
	指定医療機関名		確認印		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に表示してください。

番 号
年 月 日

通 知 書

様

香川県知事

年 月 日付けで申請があった、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は同法第10条第1項）の規定による特定医療費（指定難病）支給認定申請（のうち人工呼吸器装着者に係る申請又は高額かつ長期に係る申請）は、次の理由により、認定されませんでしたので通知します。

記

- 1 患者名
- 2 支給認定申請にかかる指定難病名
- 3 不認定の理由

教 示

（不服申し立てについて）

- 1 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月以内に、香川県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香川県を被告として（訴訟において香川県を代表する者は香川県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

通 知 書

様

香川県知事

年 月 日付けで申請があった、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は同法第10条第1項）の規定による特定医療費（指定難病）支給認定申請は、次の理由により、認定されませんでしたので通知します。

記

- 1 患者名
- 2 支給認定申請にかかる指定難病名
- 3 不認定の理由

教 示

（不服申し立てについて）

- 1 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月以内に、香川県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香川県を被告として（訴訟において香川県を代表する者は香川県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【参 考】

（障害福祉サービス等について）

- 1 本通知は、上記記載の指定難病（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）の診断基準を満たす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）に基づく障害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罹患していることの証明になります。
- 3 障害福祉サービス等に関する内容については、お住まいの各市町障害福祉担当部局にお問い合わせください。

番 号
年 月 日

通 知 書

様

香川県知事

年 月 日付けで申請があった、香川県指定難病医療費助成実施要綱第8の1(2)の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

記

- 1 患者名
- 2 支給認定申請にかかる疾病名
- 3 不認定の理由

特定医療費(指定難病等)受給者証記載事項変更届

香川県知事 殿

年 月 日

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。また、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て届け出ます。

必ず記入してください。

届出者氏名															
届出者: 受診者本人 (受診者が18歳未満の場合は保護者)															
受給者番号		生年月日		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令		年		月		日			
受診者	フリガナ											日中連絡可能な電話番号			
	氏名											() -			
	住所	〒													
保護者	フリガナ											受診者との続柄		日中連絡可能な電話番号	
	氏名											() -			
	住所 受診者と異なる場合に記入	〒													

変更があった事項について、変更後の内容を記入して下さい。※太線外は記入不要

受診者	フリガナ											登録者証(紙)の氏名変更		<input type="checkbox"/> 希望する	
	氏名														
	住所	〒													
保護者	フリガナ											受診者との続柄			
	氏名														
	住所	〒													
自己負担上限額		<input type="checkbox"/> 保険の変更 <input type="checkbox"/> 世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 課税額の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護に変更													
医療保険	保険者名称											被保険者氏名			
	保険記号・番号・枝番	記号								番号				枝番	
受診者と同一医療保険に加入している方を必ず記入してください。	氏名	続柄	指定難病・小児慢性特定疾病受給の有無(受給者番号)				RO.1.1時点で任氏県のある市町村(上記の住所と同じ場合は記載不要)								
	受診者	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()												
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()												
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()												
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病(国・県) <input type="checkbox"/> 小児慢性 ()												

特定医療費（指定難病）償還払い請求書

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

特定医療費（指定難病）については、下記のとおり請求します。

また、この申請に関して、香川県が必要に応じ医療機関及び保険者等に対し、照会することについて同意します。

請 求 者	住所	〒		
	氏名		受給者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	電話 番号	() -		

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

申請金額	円	※決定金額 (香川県記入欄)	円
------	---	-------------------	---

※審査のうえ支払金額を決定しますので、申請金額と異なる場合があります。

※分からない場合は、空欄で結構です。

ふりがな			受給者番号						
受給者氏名									
振込口座	銀行		支店						
	預金 種別	普通・当座	口座番号						
	(カタカナ) 口座名義								

◆申請者と受給者が異なる場合は委任状欄の記載が必要です。(患者が 18 歳未満で、保護者が申請する場合は不要)

委 任 状	年 月 日		
	私は、上記請求者..... [㊞] を代理人と定め、香川県から受ける特定医療費（指定難病）の償還払いの <input type="checkbox"/> 請求 <input type="checkbox"/> 受領 を委任します。		
	委任者 (受給者)	住所	
	氏名	㊞	

- ◆添付書類 ①自己負担上限額管理票（写し可） 又は 医療費証明書（医療機関記載）
- ②医療費の領収書（原本）

※記入しないで下さい。

経由保健所	保健福祉総務課	年 月 日	確認済
-------	---------	-------	-----

特定医療費償還払いに関する協議成立申出書

受給者（被相続人）

氏 名	
住 所	
死亡年月日	年 月 日

特定医療費（償還払い）の請求及び受領に関する協議

成立年月日	年 月 日
-------	-----------------------------

被相続人にかかる香川県指定難病医療費助成実施要綱に基づく特定医療費（償還払い）については、私が相続人を代表し、請求及び受領することで、相続人間の協議が成立しましたので申し上げます。

なお、この申出書及び特定医療費（償還払い）の受領等について問題が発生した場合は、私が責任をもって処理し、貴職に一切の迷惑をかけることを誓約します。

香川県知事 殿

年 月 日

申出人

住 所	
氏 名	(印)
受給者(被相続人) との続柄	

◆ 次の①②が確認できる戸籍謄本又は法定相続情報一覧図を添付してください。

- ①受給者（被相続人）の死亡
- ②受給者（被相続人）と申出人の続柄

指定難病等にかかる医療費証明書

指定医療機関が記入

(該当するものに☑ ください)

- 特定医療費（指定難病）償還払 申請用
- 「軽症高額該当」または「高額かつ長期」 申請用 → 金額は総医療費【A】のみで可。

受給者番号		受給者氏名			
公費負担者番号		疾 病 名			
月額自己負担上限額 円		生 年 月 日 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日			
保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 国退 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	自己負担割合		
			<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他		
診療年月日 (または期間)	日 数 (または食事数)	区 分	総 医 療 費 【A】	保 険 等 負 担 額 (高額療養費等を含む) 【B】	自 己 負 担 額 【A】 - 【B】
年 月 ()	日	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり (区分) <input type="checkbox"/> なし	円
年 月 ()	日	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり (区分) <input type="checkbox"/> なし	円
年 月 ()	日	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり (区分) <input type="checkbox"/> なし	円
年 月 ()	日	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他	円	高額療養費適用 <input type="checkbox"/> あり (区分) <input type="checkbox"/> なし	円
院外処方の場合 処方箋発行医療機関名 ()					

上記のとおり証明します。

年 月 日

(医療機関等)

名 称

所 在 地

管理者職氏名

担当者職氏名

連 絡 先

指定医指定申請書兼経歴書

香川県知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 16 条の規定により、下記のとおり申請します。

申請日 年 月 日

ふりがな						電話番号					
氏名											
住所	〒 -										
生年月日	年			月			日				
医籍登録番号						医籍登録年月日	年			月 日	
申請区分 (いずれかに○を付けてください。)	難病指定医 ・ 協力難病指定医										
専門医資格 (注 1)	専門医資格の名称	(有効期限: 年 月)				認定機関の名称					
研修状況 (注 2)	研修の名称	(主催者:)				研修の修了日	年 月 日				
主たる勤務先の医療機関 (主として指定難病の診断を行う医療機関)	名称										
	所在地	〒 -									
	電話番号										
	担当する診療科										
経歴	診断又は治療に従事した期間 (直近 5 年間)					従事した医療機関の名称					
	年 月 ~		年 月								
	年 月 ~		年 月								
	年 月 ~		年 月								
	年 月 ~		年 月								
	年 月 ~		年 月								
	計		年 月								

(注 1) 「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

(注 2) 「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

【添付書類】

- 1 医師免許証の写し
- 2 専門医の資格を証明する書面 (専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)
- 3 知事が行う研修の課程を修了したことを証明する書面 (研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)

指定医指定変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

指定医番号

医師氏名 _____

連絡先

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について、下記のとおり申請事項の変更があったため、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 19 条の規定により届け出ます。

変更年月日		年 月 日						
変更のある事項にチェックし。変更後の内容を記載してください。	<input type="checkbox"/>	ふりがな						
	<input type="checkbox"/>	指定医氏名						
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録番号						
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録年月日	年 月 日					
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関	医療機関名					
		所在地	〒					
		電話番号						
		担当する 診療科						

(備考)

- 1 変更のない事項については記載不要です。
- 2 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

指定医指定更新申請書

香川県知事 殿

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について更新したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 17 条の規定により、下記のとおり申請します。

申請区分 (いずれかに☑を付けてください。)		<input type="checkbox"/> 難病指定医		<input type="checkbox"/> 協力難病指定医		
専門医資格 (注 1)	専門医資格 の名称	(有効期限: 年 月)		認定機関 の名称		
研修状況 (注 2)	研修の名称	(主催者:)		研修の 修了日	年 月 日	
登録情報	ふりがな					
	指定医氏名					
	連絡先	〒 (電話番号)				
	医 籍 登録番号					
	医 籍 登録年月日	年 月 日				
	主たる勤務先の 医療機関 (主として指定難 病の診断を行う医 療機関)	名 称				
		所 在 地	〒			
電 話 番 号						
担 当 す る 診 療 科						

(注 1) 「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

(注 2) 「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

【添付書類】

- 1 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類、又は難病指定医の研修終了を証明する書類
- 2 協力難病指定医の更新申請の際は、協力難病指定医の研修終了を証明する書類
- 3 医師の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

指定医指定辞退届

令和 年 月 日

香川県知事 殿

指定医番号

指定医氏名 _____

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退しますので、難病の患者に対する医療などに関する法律施行規則第 20 条の規定により届け出ます。

辞退年月日	令和 年 月 日	
連絡先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
辞退理由		

難病医療指定医療機関指定申請書

該当するものに✓	<input type="checkbox"/> 病院・診療所	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション (指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者・介護予防サービス事業者)		<input type="checkbox"/> 介護医療院
フリガナ 名 称					
所在地		〒			
電話番号					
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)					
医療機関コード ※ ₁					
指定年月日 ※ ₂		年 月 日			
開設者(事業者)	所在地	〒			
	フリガナ 名称(氏名)				
	役員の職・氏名 (開設者が法人の場合) ※ ₃	職名	氏名		

年 月 日

香川県知事 殿

上記のとおり、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)第14条第1項の規定による指定医療機関の指定を申請します。

なお、申請に当たり、同法第14条第2項各号の規定に該当しないことを誓約します(役員含む)。

開設者(事業者)

住所(法人にあっては所在地):

氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名):

- ※₁ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護ステーション等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
 ※₂ 新規開設に伴う申請の場合は、保険医療機関等の指定年月日を記入してください。
 ※₃ 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

難病医療指定医療機関変更届出書

変 更 年 月 日		年 月 日		
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。	フリガナ 名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>		
	標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)	<input type="checkbox"/>		
	開設者 (事業者)	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
		フリガナ 名 称 (氏 名)	<input type="checkbox"/>	
		役員の職・氏名 (開設者が法人の場合) ※記載欄が不足する場合は、 「別添のとおり」と記載し 名簿を添付してください。	<input type="checkbox"/>	職名
そ の 他 の 変 更	<input type="checkbox"/>			

年 月 日

香川県知事 殿

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第 19 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届け出ます。

開設者 (事業者)

住 所 (法人にあっては所在地) :

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) :

連絡先 (電話番号) :

指定医療機関 (変更前)

所在地

名 称

難病医療指定医療機関指定更新申請書

該当するものに✓	<input type="checkbox"/> 病院・診療所	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション (指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者・介護予防サービス事業者)	<input type="checkbox"/> 介護医療院
フリガナ 名 称				
所在地		〒		
電話番号				
標ぼうしている診療科名 (1.保健医療機関のみ記載)				
医療機関コード ※ ₁				
開設者 (事業者)	所在地	〒		
	フリガナ 名称(氏名)			
	役員の職・氏名 (開設者が法人の場合) ※ ₂	職名	氏名	

年 月 日

香川県知事 殿

上記のとおり、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)第15条第1項の規定による指定医療機関の指定の更新を申請します。

なお、申請に当たり、同法第14条第2項各号の規定に該当しないことを誓約します(役員含む)。

開設者(事業者)

住所(法人にあっては所在地):

氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名):

※₁: 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護ステーション等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※₂: 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

難病医療指定医療機関（休止 廃止 再開）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

開設者

住 所 〒

氏 名 _____

TEL () -

(※法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、難病医療指定医療機関を（休止・廃止・再開）したので難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 4 3 条の規定により届け出ます。

記

1 所在地

2 名 称

3 (休止・廃止・再開) 年月日

4 (休止・廃止・再開) の理由

() 内の該当する項目を○で囲んでください。

難病医療指定医療機関辞退届出書

年 月 日

香川県知事 殿

開設者

住 所 〒

氏 名 _____

TEL () -

(※法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、難病医療指定医療機関を辞退したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 4 4 条第 1 項の規定により届け出ます。

記

1 所 在 地

2 名 称

3 辞退年月日

4 辞退の理由

※ 辞退年月日は、1 月以上の予告期間を見込んでください。

受給者番号

9 1 1 突発性難聴臨床調査個人票 (新規 更新)

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
氏名					年	月	日	満	歳	
住所	〒 <input type="text"/>		TEL	-		-				
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 <input type="text"/> 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度 <input type="text"/>)		<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> なし				
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)) 日常生活 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)									
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 (<input type="text"/> /月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)									
症状・経過 (症状については、発症以降のものでよい)	I 難聴 1) 隣り合う3周波数で各 30dB 以上の難聴が 72 時間以内に生じた <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2) 難聴の性質 <input type="checkbox"/> 感音性 <input type="checkbox"/> 伝音性 <input type="checkbox"/> 混合性 一側性 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 両側性					発症と経過 (具体的に記入)				
	II 随伴症状 1) 耳鳴 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無 2) めまい <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目		検査結果・所見 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)							
	聴力検査 (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)	平均聴力レベル (0.25、0.5、1、2、4 (kHz) の5周波数の平均)	右	<input type="text"/> dB	<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input type="checkbox"/> 水平					
	他覚的聴力検査等	機能性難聴の除外		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	平衡機能検査 (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)	1) 眼振		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眼振の性状 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き					
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (※実施した検査に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)	III 蝸牛、前庭、内耳道病変の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側					
その他										
その他	同様な症候を呈する他疾患 (中枢神経疾患等) との鑑別			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
治療状況	(<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月現在) 薬物治療等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経過観察のみ) 具体的な治療内容									
医師意見										
所属施設名 _____ (TEL - -)										
所在地 _____										
診療科 _____ 主治医氏名 _____										
(指定医番号) <input type="text"/> 記載年月日: _____年 _____月 _____日										

(注) 診断年月日欄には、認定基準を満たし、かつ重症度分類(聴力レベルが 70dB 以上)を満たしたと診断した日を記載してください。

I 認定基準

下記診断基準において、全事項をみたすものを対象とする。

主症状

- 1、突然発症
- 2、高度感音難聴
- 3、原因不明

参考事項

1. 難聴（参考：純音聴力検査での隣り合う3周波数で各30dB以上の難聴が72時間以内に生じた）
 - (1) 急性低音障害型感音難聴と診断される例を除外する。
 - (2) 他覚的聴力検査またはそれに相当する検査で機能性難聴を除外する。
 - (3) 文字どおり即時的な難聴または朝、目が覚めて気づくような難聴が多いが、数日をかけて悪化する例もある。
 - (4) 難聴の改善・悪化の繰り返しはない。
 - (5) 一側性のことが多いが、両側性に同時罹患する例もある。
2. 耳鳴
難聴の発生と前後して耳鳴を生ずることがある。
3. めまい、および吐気・嘔吐
難聴の発生と前後してめまい、および吐気・嘔吐を伴うことがあるが、めまい発作を繰り返すことはない。
4. 第8脳神経以外に顕著な神経症状を伴うことはない

（厚生労働省「難治性聴覚障害に関する調査研究」，2015年改訂）

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定基準を満たすもののうち、聴力レベルが70dB以上（高度難聴）であるもの。
2. 認定期間は、原則として1年とする。
3. 発症から1年の時点において、症状が固定し治療を要しない場合は、更新しない。
ただし、耳鳴等の症状が持続し、治療継続の必要性がある場合には更新できるものとする。

参考：急性低音障害型感音難聴診断基準（厚生労働省「難治聴覚障害に関する調査研究班」，2017年改定）

主症状

1. 急性あるいは突発性に耳症状（耳閉塞感耳鳴、難聴など）が発症
2. 低音障害型感音難聴
3. めまいを伴わない
4. 原因不明

参考事項

1. 難聴（純音聴力検査による聴力レベル）
 - ① 低音域3周波数（125Hz, 250Hz, 500Hz）の聴力レベルの合計が70dB以上
 - ② 高音域3周波数（2kHz, 4kHz, 8kHz）の聴力レベルの合計が60dB以下

確実例：主症状のすべて、および難聴基準①②を満たすもの

準確実例：主症状のすべて、および難聴基準①を満たし、かつ高音域3周波数の聴力レベルが健側と同程度のもの

受給者番号

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

931 慢性腎不全臨床調査個人票 (新規 更新)

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								
氏名					年	月	日	満	歳					
住所	〒									TEL	-	-		
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日				
身体障害者帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度)		<input type="checkbox"/> 要支援		<input type="checkbox"/> なし						
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ()) 日常生活 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)													
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 (/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 ()													
発症よりの経過														
初診時の主要症状														
検査所見							原疾病							
尿蛋白定性	-	±	+	血清総蛋白量	_____ g/dl		糖尿病性腎症	-	+	慢性腎炎	-	+		
尿蛋白定量	_____ g/gCr		血清尿素窒素	_____ mg/dl		腎硬化症	-	+	ループス腎炎	-	+	悪性高血圧	-	+
尿潜血反応	-	±	+	血清クレアチニン	_____ mg/dl		腎・尿路腫瘍	-	+	その他	-	+		
尿沈渣 赤血球	_____ 個/視野		eGFR	_____ ml/min/1.73 m ²		※原疾病が裏面に記載の 国指定難病の場合は、 国の臨床調査個人票を 使用して下さい。								
白血球	_____ 個/視野		(血清Cr値をもとにした推算糸球体濾過量)											
円柱	_____ 個/視野		(年 月 日実施)											
腎生検診断	<input type="checkbox"/> 実施 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施		<腎病理所見>											
治療研究の具体的指針	治療研究 _____ その他の参考所見 _____													
医師意見														
所属施設名	_____ (Tel ())													
所在地	_____													
診療科	_____ 主治医氏名 _____													
(指定医番号)	_____		記載年月日:		年	月	日							

(注) ・医師意見 (診断の根拠と治療計画の概要等) は必ず記入してください。
 ・人工透析・腎移植・移植後の免疫療法等で他法適用となった場合は、対象外となります。(裏面参考)
 ・診断年月日欄には、認定基準を満たしたと診断した日を記載してください。

9 3 1 慢性腎不全

I 認定基準

下記 1 または 2 の要件を満たすものとする。

1. eGFR（推算糸球体濾過量）が 45ml/min/1.73 m² 以下のもの
2. 尿蛋白定量が 0.5g/gCr 以上のもの

<慢性腎不全の主な原因>

原発性慢性腎不全 (腎臓の病気が原因で起きる)	続発性慢性腎不全 (腎臓以外の病気の合併症による腎障害)
慢性糸球体腎炎 先天性腎疾患 多発性嚢胞腎（国指定難病で申請） IgA 腎症（国指定難病で申請） 等	糖尿病性腎症（糖尿病） 腎硬化症（高血圧） 痛風腎（痛風） ループス腎炎 (全身性エリテマトーデスなどの膠原病) 等

<症状と腎機能の目安>

CKD ステージ	G1-G2 腎予備力の減少期	G3 代償期	G4 非代償期	G5 末期腎不全（尿毒症）
GFR (ml/min/1.73 m ²)	≧ 60	30~60	15~30	15 ≦
症 状	無症状	夜間尿、貧血、 尿濃縮力低下	貧血、アシドーシス・高リン血症、低カルシウム血症、高カリウム血症	第 3 期の症状の他に、消化器系、神経系、循環器系、血液系の多彩な尿毒症症状、乏尿無尿
治 療		食事療法・薬物療法		透析療法・腎移植

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定期間は、原則として 1 年とする。（更新可）
2. 他法の適用となったものは除外する。
※人工透析・腎移植・移植後の免疫療法等は、特定疾病療養受療証・自立支援法等の適用となる。
3. 18 歳以上で、小児慢性特定疾病医療費助成制度の申請ができないもの。
4. 下記については、国の臨床調査個人票を使用し、国の指定難病として申請して下さい。

- ・ IgA 腎症
- ・ 多発性嚢胞腎
- ・ アルポート症候群
- ・ 急速進行性糸球体腎炎
- ・ 抗糸球体基底膜腎炎
- ・ 一次性ネフローゼ症候群
- ・ 一次性膜性増殖性糸球体腎炎
- ・ 紫斑病性腎炎
- ・ その他、国の指定難病が原疾病の場合

受給者番号

941 メニエール病臨床調査個人票 (新規 更新)

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
氏名					日	年	月	日	満	歳	
住所	〒 <input type="text"/>		TEL	- -							
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 <input type="text"/> 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度 <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> なし							
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)) 日常生活 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)										
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 (<input type="text"/> /月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)										
症状・経過 (症状については、発症以降のものでよい。)	I めまい症状の反復		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		発症と経過 (具体的に記入)						
	めまい発作に伴う										
	II 難聴		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無								
	III 耳鳴		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無								
IV 耳閉感		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無									
検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目		検査結果・所見 (該当するものに☑をしてください。)								
	聴力検査 (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)		平均聴力レベル (4分法)	右	dB	<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input type="checkbox"/> 水平					
				左	dB						
			めまい発作に関連して、患側の感音性難聴を認める		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	平衡機能検査 (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)		1) めまい発作に関連した眼振、体平衡障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		眼振の性状 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き <input type="checkbox"/> 無				
2) カロリックテスト：CP			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側						
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (※実施した検査に☑を記入してください。)		V 蝸牛、前庭、内耳道病変		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側					
その他											
鑑別診断	突発性難聴、その他同様な症候を呈する他疾患 (中枢神経疾患等) との鑑別			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
治療状況	(<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月現在) 薬物治療等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経過観察のみ) 具体的な治療内容										
医師意見											

所属施設名 _____ (TEL - -)

所在地 _____

診療科 _____ 主治医氏名 _____

(指定医番号)

記載年月日： _____年 _____月 _____日

(注) 診断年月日欄には、認定基準を満たしたと診断した日を記載してください。

I 認定基準

下記診断基準でメニエール病確定診断例（Certain）及び確実例（Definite）に該当するものを助成の対象とする。（※ メニエール病非定型例は、助成の対象とならない。）

<診断基準>（日本めまい平衡医学会作成の診断基準（2017年）に基づく）

A. 症状

1. めまい発作を反復する。めまいは誘因なく発症し、持続時間は10分程度から数時間程度。
2. めまい発作に伴って難聴、耳鳴、耳閉感などの聴覚症状が変動する。
3. 第Ⅷ脳神経以外の神経症状がない。

B. 検査所見

1. 純音聴力検査において感音難聴を認め、初期にはめまい発作に関連して聴力レベルの変動を認める。
2. 平衡機能検査においてめまい発作に関連して水平性または水平回旋混合性眼振や体平衡障害などの内耳前庭障害の所見を認める。
3. 神経学的検査においてめまいに関連する第Ⅷ脳神経以外の障害を認めない。
4. メニエール病と類似した難聴を伴うめまいを呈する内耳・後迷路性疾患、小脳、脳幹を中心とした中枢性疾患など、原因既知の疾患を除外できる。
5. 聴覚症状のある耳に造影MRIで内リンパ水腫を認める。

診断

メニエール病確定診断例（Certain Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たし、B. 検査所見の5項目を満たしたものの。

メニエール病確実例（Definite Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たし、B. 検査所見の1～4の項目を満たしたものの。

メニエール病疑い例（Probable Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たしたものの。

診断にあたっての注意事項

メニエール病の初回発作時には、めまいを伴う突発性難聴と鑑別できない場合が多く、診断基準に示す発作の反復を確認後にメニエール病確実例と診断する。

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定期間は、原則として1年とする。（更新可）
2. 1年を経過した時点において、めまい症状・聴力等に変動がない場合は更新しない。
ただし、めまい発作・聴力等の変動があり、治療継続の必要性がある場合には更新できるものとする。

人工呼吸器等装着者に係る診断書

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
氏名					
医療受給者証に記載されている病名					
①人工呼吸器の使用について					
※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいう。					
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1.あり (年 月から) 2.なし				
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器				
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行				
離脱の見込み	1.あり 2.なし				
生活状況	食事	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	1. 自立	2. 軽度の介助	3. 部分介助	4. 全介助
	※軽度の介助：軽度の部分介助又は監視を要する 部分介助：座ることは可能であるがほぼ全介助				
	整容	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	トイレ動作	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	入浴	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	歩行	1. 自立	2. 軽度の介助	3. 部分介助	4. 全介助
	※軽度の介助：45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む 部分介助：歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能				
	階段昇降	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	着替え	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
排便コントロール	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助		
排尿コントロール	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助		
②体外式補助人工心臓の使用について					
体外式補助人工心臓の装着の有無	体外式補助人工心臓	1.あり (年 月から)	2.なし		
医療機関名					
医療機関所在地					
	電話番号 ()				
医師の氏名	記載年月日： 年 月 日				
(指定医番号)				

※ 人工呼吸器、体外式補助人工心臓の使用の必要性が、医療受給者証に記載されている病名によって生じている場合に本診断書を提出してください。

医療費申告書

※医療費を確認できる領収書の添付が必要です。

氏名 _____

住所 _____

指定難病である()に係る医療費については、下記のとおりです。
 ※疾病名をご記入ください。

	受診日付	病院・薬局などの名称 (医療機関名)	医療費の内訳	
			治療内容・ 医療品名など	医療費総額(円) (10割分)
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			
年 月分	日			
	日			
	日			
	日			
	月の合計額			

【軽症高額特例の認定条件】
 指定難病に係る医療費総額(10割分)が33,330円を超える月が、申請日の属する月を含む過去12か月間の内、
3か月以上あることが必要です。