

堺市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

堺市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成30年規則第19号）の一部を次のように改正する。

様式第3号の1の表面中

「

人工呼吸器等装着	〔人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を使用している場合〕
軽症高額	〔申請月以前の12か月間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上ある場合〕
高額かつ長期	〔申請月以前の12か月間（支給認定を受けた月以後に限る。）に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上ある場合〕
按分対象者	〔特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している支給認定基準世帯員がいる場合〕

を

「

人工呼吸器等装着	〔人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を使用している場合〕
軽症高額	〔申請月以前の12か月間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上ある場合〕
高額かつ長期	〔申請月以前の12か月間（支給認定を受けた月以後に限る。）に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上ある場合〕
按分対象者	〔特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している支給認定基準世帯員がいる場合〕

に

改め、同様式の裏面を次のように改める。

（次のよう 別記）

様式第3号の2を次のように改める。

（次のよう 別記）

様式第8号を次のように改める。

（次のよう 別記）

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、令和6年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の堺市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の様式に関する規定により作成され、現に保管されている帳票について

は、当分の間、適宜修正の上、この規則による改正後の堺市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の様式に関する規定による帳票とみなして使用することができる。

(裏面)

支給認定基準世帯員等

(フリガナ) 氏名 (注1)	続柄	保険情報		按分対象者 (注3)		市記入欄
		同一保険 (注2)	種別	1月1日現在の住所 (注4) 個人番号 (注5)		
生年月日						
受診者	本人	○	国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	小慢 ()		所得割・均等割・年収額
年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病・小慢 ()		所得割・均等割・年収額
年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病・小慢 ()		所得割・均等割・年収額
年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	難病・小慢 ()		所得割・均等割・年収額

注意

- 1 住民票の同一世帯員全員について記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険への加入者は、受診者とは別世帯であっても記入してください。
- 2 受診者と同じ医療保険に加入している場合は、○印を記入してください。
- 3 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している場合は受給者番号を、申請中の場合はその旨を記入してください。
- 4 申請が1月～6月の場合にあつては前年の、7月～12月の場合にあつては当年の1月1日現在の住所が堺市外であるときは、記入してください。
- 5 受診者、保護者及び受診者と同じ医療保険への加入者（被用者保険の場合は被保険者のみ）は、個人番号を記入してください。

申立事項

- 市町村住民税の額を証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了承します。
- 年収を証明する書類を（一部）提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了承します。
- 受診者又はその保護者には、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。
- 受診者又はその保護者には、以下の収入があります。 ※収入額の分かる書類の添付が必要です。
- 障害年金 遺族年金 特別児童扶養手当 その他 ()
- その他 ()

支給開始日の遡りについて

申請日より前に遡ることを 希望する（下記の欄への記載が必要です。） 希望しない（下記の欄への記載は不要です。）

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 (注)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日の場合は、その理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------------	-------	---

注意 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし、遡り期間は、原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請できなかった場合は、最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能です。ただし、支給開始日は、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されるため、記載した日付とならない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

受診を希望する（指定）医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む。）※医療機関名は、受給者証には記載されません。

名称	所在地	市記入欄
	〒 (電話番号)	

臨床調査個人票情報の研究等への利用について

※別添の同意に関する説明を御確認の上、右の同意欄に○印を記入し、同意される方は、以下に署名をお願いします。

私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たって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同意します。

厚生労働大臣 殿

年 月 日

同意欄

同意する

同意しない

患者署名 _____ ※患者本人が署名し、又は代理人が患者氏名を記入してください。

代理人署名 _____ ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認した上で、代理人が署名してください。

（表面）

堺市特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）

堺市長殿

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6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 また、堺市において、本申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報を個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

※必要事項を記入し、該当する項目に☑又は○印を記入してください。		申請日	年	月	日
受診者	フリガナ	電話番号			
	氏名	(自宅) (携帯)			
申請者 <small>受診者が は保険者 が1名B</small>	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。 ※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。 ※申請者欄の以下の項目への記入が必要です。			
	(フリガナ) 氏名	電話番号	(自宅) (携帯)		
	住所	〒	受診者との関係		
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり			
	(フリガナ) 氏名	電話番号	(自宅) (携帯)		
	住所	〒	受診者との関係		

特定医療費（指定難病）受給者証記載事項欄

注 受給者証記載事項欄の内容に変更がある場合は、変更箇所に二重線を引き、変更後の内容を記載するとともに、堺市特定医療費（指定難病）支給認定変更届出書兼変更申請書の提出が必要です。

(裏面)

支給認定基準世帯員等

Table with 5 columns: (フリガナ)氏名(注1)生年月日, 続柄, 保険情報(同一保険(注2), 種別), 按分対象者(注3)1月1日現在の住所(注4)個人番号(注5), 市記入欄. It contains rows for '受診者' (Patient) with details on insurance status and location.

注意

- 1 住民票の同一世帯員全員を記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険への加入者は、受診者とは別世帯であっても記入してください。
2 受診者と同じ医療保険に加入している場合は、○印を記入してください。
3 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している場合は受給者番号を、申請中の場合はその旨を記入してください。
4 当年の1月1日現在の住所が県外である場合は、記入してください。
5 受診者、保護者及び受診者と同じ医療保険への加入者（被用者保険の場合は被保険者のみ）で過去に一度も届け出たことがない場合のみ記入してください。

Table with 4 columns: 自己負担上限額の特例等, 人工呼吸器等装着, 軽症高額, 高額かつ長期, 按分対象者. It details conditions for self-payment limits and special provisions.

申立事項

Checklist for application items including: 市町村民税の額を証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了承します。
年収を証明する書類を（一部）提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了承します。
受診者又はその保護者には、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。
受診者又はその保護者には、以下の収入があります。 *収入額の方から書類の添付が必要です。
[] 障害年金 [] 遺族年金 [] 特別児童扶養手当 [] その他()
[] その他 ()

受診を希望する（指定）医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む。）※医療機関名は、受給者証へは記載されません。

Table with 4 columns: 名称, 〒, 所在地(電話番号), 市記入欄. It lists desired medical institutions.

臨床調査個人票情報の研究等への利用について

Consent form for use of clinical survey individual form information in research. Includes text: ※別添の同意に関する説明を御確認の上、右の同意欄に○印を記入し、同意される方は、以下に署名をお願いします。
私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たって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同意します。
厚生労働大臣 殿 年 月 日
患者署名 ※患者本人が署名し、又は代理人が患者氏名を記入してください。
代理人署名 ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認した上で、代理人が署名してください。

（表面）

堺市特定医療費（指定難病）支給認定変更届出書兼変更申請書

堺市長殿

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第13条第1項及び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10条第1項の規定により、次のとおり届出・申請します。

また、堺市において、本届出・申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報を個人情報の保護に関する法律（平成15年条例第57号）に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本届出書・申請書に記載した全員の承諾を得ています。

		届出日・申請日		年 月 日	
受診者 (変更前)	(フリガナ) 氏名	受給者番号			
		生年月日		年 月 日	
	住所 〒	電話番号	(自宅) (携帯)		
届出者 申請者 (受診者が 18歳未満の 場合は保護者)	<input type="checkbox"/> 受診者本人を届出者・申請者として、本件を届出・申請します。 ※届出者・申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 下記の者を届出者・申請者として、本件を委任します。 ※届出者・申請者欄の以下の項目への記入が必要です。				
	氏名		受診者との関係	電話番号	(自宅) (携帯)
	住所 〒	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ			
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 届出者・申請者宛 <input type="checkbox"/> 「5 送付先」欄に記載のとおりに			

※届出・申請が必要な項番号に○印を付けて、変更後の内容、該当する項目に○印又は☑を記入してください。

1	種別	市町村国保・後期高齢・国保組合・被用者保険・生活保護等（保険有）・生活保護等（保険無）					
	被保険者証	(記号)	(番号)	(枝番)	資格取得 年月日	年 月 日	
	(フリガナ) 被保険者氏名			受診者 との関係	支給認定 基準世帯 員の変更	有・無	
	保険者	(番号)	(名称)			※「有」の場合は、下欄への記入が必要	
2	(フリガナ) 氏名 (注1)	続柄	同一保険 (注2)	種別	按分対象者 (注3)		市記入欄
	生年月日				1月1日現在の住所 (注4)		
	受診者	本人	○	国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	追加・削除/小慢 ()		所得割・均等割 年収額
	年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	追加・削除/難病・小慢 ()		所得割・均等割 年収額
	年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	追加・削除/難病・小慢 ()		所得割・均等割 年収額
年 月 日 (歳)			国保・後期高齢 国保組合 被用者保険 生活保護等	追加・削除/難病・小慢 ()		所得割・均等割 年収額	

注意

- 1 住民票の同一世帯員全員について記入してください。ただし、受診者と同じ医療保険への加入者は、受診者とは別世帯であっても記入してください。
- 2 受診者と同じ医療保険に加入している場合は、○印を記入してください。
- 3 特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病医療費を受給している場合は受給者番号を、申請中の場合はその旨を記入してください。
- 4 届出・申請が1月～6月の場合にあっては前年の、7月～12月の場合にあっては当年の1月1日現在の住所が堺市外であるときは、記入してください。
- 5 受診者、保護者及び受診者と同じ医療保険に加入する者（被用者保険の場合は被保険者のみ）で過去に一度も届け出たことがない場合のみ記入してください。

(裏面)

3	受診者 (変更後)	フリガナ		電話番号			
		氏名		(自宅)			
		住所	〒	(携帯)			
4	保護者 (変更後) <small>(受診者が18歳未満の場合)</small>	フリガナ		受診者との関係			
		氏名		(自宅)			
		住所	〒 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ	(携帯)			
5	送付先 (変更後)	フリガナ		受診者との関係			
		氏名		(自宅)			
		住所	〒	(携帯)			
6	個人番号	「2 支給認定基準世帯員等」欄に記載のとおり					
7	疾病の 追加・削除等	<input type="checkbox"/> 追加	告示番号	市記入欄	<input type="checkbox"/> 追加	告示番号	市記入欄
		<input type="checkbox"/> 削除			<input type="checkbox"/> 削除		
		<input type="checkbox"/> 変更 (変更前)			(変更後)		告示番号
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着					
8	高額かつ長期	申請月以前の12か月間(支給認定を受けた月以後に限る。)に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上ある場合					
9	階層区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税額等の変更				<input type="checkbox"/> その他 ()	
10	按分対象者	「2 支給認定基準世帯員等」欄に記載のとおり					

申立事項

- 市町村民税の額を証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了承します。
- 年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了承します。
- 受診者又はその保護者には、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。
- 受診者又はその保護者には、以下の収入があります。*収入額の分かる書類の添付が必要です。
 障害年金 遺族年金 特別児童扶養手当 その他 ()
- その他 ()

支給開始日の遡りについて(疾病の追加・変更の場合に記入してください。)

申請日より前に遡ることを 希望する(下記の欄への記載が必要です。) 希望しない(下記の欄への記載は不要です。)

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(注)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日の場合は、その理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------------------	-------	---

注意 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし、遡り期間は、原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請できなかった場合は、最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能です。ただし、支給開始日は、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されるため、記載した日付とならない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

臨床調査個人票情報の研究等への利用について

*別添の同意に関する説明を御確認の上、右の同意欄に○印を記入し、同意される方は、以下に署名をお願いします。

私は、別添の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たって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同意します。

厚生労働大臣 殿

年 月 日

患者署名 _____ ※患者本人が署名し、又は代理人が患者氏名を記入してください。

代理人署名 _____ ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認した上で、代理人が署名してください。

同意欄

同意する

同意しない