

千葉県特定医療費支給認定実施要綱

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。）の事務手続及び運営等については、法令の定めるところによるほか、この要綱によるものとする。

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 特定医療（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病及び当該指定難病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の患者を「受診者」という。
- 3 特定医療費の支給を受ける指定難病の患者等を「受給者」という。
- 4 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。
- 5 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) 特定医療の対象となる者は、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 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 介護療養施設サービス
- ⑤ 介護予防訪問看護
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑦ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑧ 介護医療院サービス

第3 支給認定の要件等

1 所得区分

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。）の医療費総額が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)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、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市長による認定を受けた者）であると市長が認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。

(4) 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3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

2 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。

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80万円以下である場合

・ 地方税法上の合計所得金額（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月である場合にあつては、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。

（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（当該合計所得金額に所得税法（昭和40年法律第33号）第28条第1項に規定する給与所得が含まれている場合においては、当該給与所得については、同条第2項の規定により計算した金額（租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第41条の3の3第2項の規定の適用がある場合においては、当該金額に同項の

規定により控除される金額に加えて得た額) から10万円を控除して得た額(当該額が零を下回る場合には、零とする。)によるものとし、所得税法第35条第2項に規定する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同項第1号に掲げる金額を控除して得た額とする。)をいう。

(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、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。以下「規則」という。)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 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 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3の3(5)及び第5の3に基づくこととなる。

3 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特定医療費支給認定申請書(別紙様式第1号。以下「申請書」という。)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5の1(3)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月である場合にあつては、前年度)の課税状況を基準とすることが基本とする。なお、指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であつて、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必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは差し支えない。

また、毎年1月1日現在において、指定都市の住民であつ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方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は、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4 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 申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（法第6条第1項に規定する診断書をいう。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並びに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、市長に申請する。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。

これらの資料に加え、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、高額難病治療継続者の認定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5万円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（第5の1（2）に定める管理手帳の写し等とする。）を、第3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。）を添付の上、市長に申請すること。ただし、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認できるときは、当該書類を省略させることができる。

- 2 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、規則第15条第1項第1号に規定する難病指定医（以下「難病指定医」という。）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、難病指定医又は規則第15条第1項第2号に規定する協力難病指定医（以下「協力難病指定医」という。）が作成したものとする。

- 3 市長は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの台帳に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討する。

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。

- 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。

市長は、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項に規定する指定難病審査会（以下「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。）を求めることとする。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

- (1) 市長は、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（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付する。

また、市長は、あらかじめ、指定難病審査会に審査を求め、特定医療費の支給要件に該当しないと審査され、支給認定をしないこととする場合は、申請者に特定医療費（指定難病）給付不承認通知書（別紙様式第3号の1もしくは別紙様式第3の2。以下「不承認通知書」という。）により通知を行うものとする。

- (2) 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本要綱第3の1に定める負担上限月額認定を行った上で、規則第25条に定める事項を記載した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、自己負担限度額管理手帳（別紙様式第4号。以下「管理手帳」という。）を受給者に交付する。
- (3) 特定医療費（指定難病）給付不承認通知書の交付に当たっては、却下した理由が「指定難病にかかっているものの、病状の程度が特定医療費の対象となる程度でなはない又は軽症高額該当の要件を満たしていないため」に該当する場合には、軽症高額該当の場合における速やかな申請につなげるため、あわせて医療費申告書（別紙様式第5号）を交付する。
- (4) 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（6）により選定された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に係るものをいう。以下同じ。）に関する費用に限られること。
- (5) 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市長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こととする。
- (6) 特定医療を受ける指定医療機関の指定は、指定医療機関の中から、申請書における記載を参考として、受診者が特定医療を受けることが相当と認められるものを定めるものとする。なお、同一受診者に対し複数の指定医療機関を指定することは差し支えない。
- (7) 市長は受給者から申請書を受理した場合、内容を審査のうえ速やかに受給者証を再交付する。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市長に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。
- (8) 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、受給者が市外に居住地を移したとき、その他千葉市において支給認定を行う理由がなくなったときは、申請書に受給者証を添付して速やかに市長に返還させることとする。

2 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いときは、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ときは所得区分を「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、第3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ときは所得区分を「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、第3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ときには、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。

3 支給認定世帯の所得区分の認定

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。

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。

4 指定難病審査会における判定

第4の3又は4により判定を求められた指定難病審査会は、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、市長に判定の結果を報告するものとする。

5 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」として取り扱うものとする。

6 支給認定の変更

(1) 受給者が法第10条第1項に基づく変更申請及び規則第13条第1項に基づく変更届出を行うときには、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及び受給者証を添えて提出するものとする。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、添付を省略すること。

(2) 所得区分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の初日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。また、必要に応じ、新たな自己負担上限額を記載した管理手帳を交付する。

(3) 指定医療機関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に遡って新たな医療機関に変更するものとする。

(4) 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とし、当該臨床調査個人票に基づき特定医療の要否を判定する。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を不承認通知書により通知する。

7 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間が終了した際の支給認定の更新（以下「更新」という。）を申請する場合、申請者は申請書に、難病指定医又は協力難病指定医の診断書（以下「臨床調査個人票（更新）」という。）、医療保険の資格情報が確認できる資料及び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、市長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、添付を省略すること。市長は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の要否等についての判定を求めるとともに、更新が必要であると認められるものについて、更新後の新たな受給者証を交付する。

また、更新を必要としないと認められるものについては認定しない旨、第5の1（1）の手續に準じて不承認通知書により通知することとする。

第6 特定医療の受診

1 負担上限月額管理の取扱い

(1) 特定医療に係る自己負担額を管理するため、管理手帳を交付する。

(2) 管理手帳の交付を受けた受給者は、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手帳を医療機関に提示するものとする。

(3) 管理手帳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該月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手帳に記載する。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、管理手帳の所定欄にその旨を記載するものとする。

(4) 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手帳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。

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。

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ことから、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とする。

第7 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

(1) 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市長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。ただし、申請日から受給者証が届くまでの間の特定医療費等（以下「療養費」という。）については、千葉県指定難病療養費申請書（別紙様式第6号。以下「療養費申請書」という。）を市長に提出することにより、支払うことができるものとする。

(2) 申請者の代理人が療養費を受領しようとするときは委任状等の提出を求め、これを確認したうえで支払うものとする。

(3) 市長は、療養費の助成をすることと決定したときは、千葉県指定難病療養費支給決定通知書（別紙様式第7号）により、助成をしないこととしたときは、千葉県指定難病療養費支給不承認決定通知書（別紙様式第8号）により、当該申請者に通知するものとする。

(4) 療養費の支給を受けることができるのは、当該特定医療費の支給を受けた日の翌日から5年以内とする。

2 指定医療機関

市長は、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。

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するものとする。

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」（健発1112第10号平成26年11月12日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」（健発1112第12号平成26年11月12日厚生労働省健康局長通知）の定めるところによるものとする。

第8 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4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 特定医療費の支給に関する事務における個人番号の利用のため、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）に基づき、個人番号に係る調書（別紙様式第9号）により申請者から個人番号を取得するものとする。

第9 補則

1 この要綱に定めるもののほか、特定医療費の支給に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成30年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成30年8月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成30年9月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものであるとみなす。

2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

（経過措置）

1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものであるとみなす。

2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の様式により作成された用紙は当分の間、必要な個所を修正して使用することができる。

附則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の様式により作成された用紙は当分の間、必要な個所を修正して使用することができる。

附則

1 この要綱は、令和6年12月1日から施行する。

2 この要綱の第5(5)の規定は、令和5年10月1日から適用する。

(経過措置)

この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の様式により作成された用紙は当分の間、必要な個所を修正して使用することができる。

千葉市特定医療費(指定難病)支給認定申請(届出)書

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 更新 | <input type="checkbox"/> 転入 | <input type="checkbox"/> 変更・記載事項変更() | |
| <input type="checkbox"/> 消滅 | (理由: 転出 死亡 その他) 消滅日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 再交付 | (理由: 紛失 その他) | |
| 受給者番号 (新規・転入は記載不要) | | 受給者証有効期限 (更新のみ) ~ 年 月 日 | | |
| 受診者 | カナ | 年齢 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | 千葉県 | ※現住所が申請年の1月1日時点の住所と 同一・非同一 ※非同一の場合、旧住所を記入 | |
| | 旧住所 | (〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村) | | |
| 変更後住所 | | | | |
| 病名 | | | 疾患に関する変更の場合 変更・追加 | |
| 受診者が加入している医療保険 | 保険者名 (加入先) | | | |
| ※変更の場合は変更後の情報を下段に記入 | 記号番号・枝番 (被保険者番号) | | | |
| 自己負担上限額の特例と変更 (該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 | | <input type="checkbox"/> 生活保護(受給者・境界層)該当者 (<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 廃止) | |
| | <input type="checkbox"/> 階層区分変更 | | <input type="checkbox"/> 軽症高額特例 | |
| | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 | | <input type="checkbox"/> 支給認定世帯員の中で他の小児慢性又は指定難病受給者の該当 | |
| 別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、同意される方は、右欄にチェックをお願いいたします。なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。 | 厚生労働大臣様 <input type="checkbox"/> 私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」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を同意します。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 私は、特定医療費支給認定の審査に必要な、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉市における住民基本台帳情報、市民税等に関する課税資料、生活保護情報、医療保険情報について調査・確認されることに同意します。 <input type="checkbox"/> 当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉市が受診者が加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。 なお、これらの調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。 | | | | |
| 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 | 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(該当するものに☑) <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() | | |
| ※更新の場合は原則記載不要 | ※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特例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か月間前(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。そのため、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる日を記載。 | | | |
| 市町村民税が非課税世帯の方のみ下記を記入(該当するものに☑)してください。 階層区分は、申請者(保護者がいる場合は保護者を含む)の合計所得金額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します。 | | | | |
| 右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。 | <input type="checkbox"/> | 今回書類を提出したものの他に収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(2,500円)又は低所得Ⅱ(5,000円)に決定】 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ(5,000円)に決定】 | | |
| 本申請書のとおり申請します。 (届出) (あて先) 千葉市長 | 申請日 (届出日) | 年 月 日 | 申請者名 (届出者名) 署名又は記名押印 | |
| ※患者が未成年又は被成年被後見人等の場合、代表保護者・成年後見人の名前を記入 | | | | |
| ※裏面も必ず御記入ください。 | | | | |

別紙様式第1号（裏面）

| 支給認定基準世帯員 記入欄（※受診者本人の情報は記入不要） | | | |
|--|----|-----------------|------------------|
| カナ 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 受給者番号（無の場合は記載不要） |
| | | 住所（受診者と異なる場合のみ） | 旧住所（市区町村まで） |
| カナ | | 年 月 日 | No. |
| 氏名 | | 住所 | 旧住所 |
| 難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢） | | | |
| <input type="checkbox"/> 受診者が18歳未満の場合、代表保護者として申請 | | | 連絡先 |
| カナ | | 年 月 日 | No. |
| 氏名 | | 住所 | 旧住所 |
| 難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢） | | | |
| カナ | | 年 月 日 | No. |
| 氏名 | | 住所 | 旧住所 |
| 難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢） | | | |
| カナ | | 年 月 日 | No. |
| 氏名 | | 住所 | 旧住所 |
| 難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢） | | | |
| <p><input type="checkbox"/>国保・後期高齢・国保組合の方 受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>その他の保険の方 ①被保険者本人と保護者 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ） を記入してください。</p> <p>※支給認定世帯員変更の場合は、変更後の世帯を記入してください。</p> | | | |

| 受診を希望する 指定医療機関 （更新の場合、変更希望な ければ記入不要） | 医療機関情報 | | 医療機関番号（千葉市記入欄） |
|--|--|-------|----------------|
| | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 | 医療機関名 | |
| | | 住所 | |
| | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 | 医療機関名 | |
| | | 住所 | |
| <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 | 医療機関名 | | |
| | 住所 | | |
| <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 | 医療機関名 | | |
| | 住所 | | |

| 郵送先 | 認定の結果等郵送先 | 本人住所 ・ 下記の郵送先に送付希望（いずれかに○） | |
|-----|------------|----------------------------|---------|
| | 氏名 | | 受診者との続柄 |
| | 住所 | 〒 - | 電話番号 |
| | 都・道 府・県 | 市・区 町・村 | |

別紙様式 2 号 (表面)

| | | | |
|-----------------------------|--|----------|--|
| 公費負担者番号 | | | |
| 特定医療費受給者番号 | | | |
| 受 診 者 | 氏 名 | 生 年 月 日 | |
| | 住 所 | | |
| | 保険者 (※1) | | |
| | 記号及び番号 (※2) | 適用 区分 | |
| 病 名 | | | |
| 保護者 (受診者が18歳 未満の場合記入) | 氏 名 | 続 柄 | |
| | 住 所 | | |
| 負 担 | 人工呼吸器等装着 | 高額かつ長期 | |
| | 難病法施行令第2条 (※3) | | |
| | 受診者と同じ世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定 疾病の医療費助成の受給者 | | |

| 指定医療機関名 | |
|------------|--|
| | |
| 有効期間 | |
| 階層区分 | |
| 自己負担上限額 | |
| 上記のとおり認定する | |
| 千 葉 市 長 | |

※1 後期高齢者医療広域連合を含む
 ※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号
 ※3 指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月に3回以上あった者

教示
 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に千葉市を被告として提訴することができます。

記載事項変更

| 変更事項 | 変更後の内容 | 変更日 | 確認印 |
|------|--------|-----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

別紙様式 2 号 (裏面)

受給者証は、記載事項に誤りがないかご確認の上、切り取り線で切り取った後、三つ折りにして、ご使用ください。
 ご使用にあたっては、注意事項をよくお読みになってください。
 <指定医療機関の追加・変更について>
 追加・変更の手続きは、更新申請やそれ以外の変更 (加入保険の変更等) の届出に合わせて手続きすることができます。

<切り取り線(ミシン)>

特定医療費 (指定難病)
受給者証

千葉市

| | |
|-------|---|
| (ミシン) | <p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。 難病法に基づき指定された医療機関での診療等について、特定医療費の支給対象となります。 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出してください。 氏名、住所、加入している医療保険の変更等により、この証の記載事項を変更する必要があるときは、お住まいの区の保健福祉センター健康課で変更の手続きを行ってください。 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかにお住まいの区の保健福祉センター健康課に返還してください。 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、お住まいの区の保健福祉センター健康課にその旨を届け出てください。 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。 <p>指定医療機関に対するお願い</p> <p>指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。</p> |
|-------|---|

【申請窓口・制度のお問い合わせ先】

| お住まいの区 | 名 称 | 所 在 地 | ☎ 電 話 |
|--------|----------------|--------------------------|--------------|
| 中央区 | 中央保健福祉センター健康課 | 〒260-8511 | 043-221-2583 |
| | | 中央区中央4-5-1 きばーる13階 | |
| 花見川区 | 花見川保健福祉センター健康課 | 〒262-8510 花見川区瑞穂1-1 | 043-275-6297 |
| 稲毛区 | 稲毛保健福祉センター健康課 | 〒263-8550 稲毛区穴川4-12-4 | 043-284-6498 |
| 若葉区 | 若葉保健福祉センター健康課 | 〒264-8550 若葉区貝塚2-19-1 | 043-233-8713 |
| 緑 区 | 緑保健福祉センター健康課 | 〒266-8550 緑区鎌取町226-1 | 043-292-5068 |
| 美浜区 | 美浜保健福祉センター健康課 | 〒261-8581 美浜区真砂5-15-2 | 043-270-2287 |

【千葉市難病相談支援センター (国立病院機構千葉東病
千葉市在住の難病の患者及びそのご家族が、地域で
療養しながら生活できるよう、難病に関するご相談に

電話番号 043-264-3118
 相談時間 月曜日から金曜日 (祝祭日を除く)
 10時～12時、13時～17時

(ミシン)

住所
氏名 様

千葉市長

特定医療費（指定難病）給付不承認通知書

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による特定医療費（指定難病）給付の申請は、下記により不承認となりましたので通知します。

記

| | |
|------|--|
| 対象者名 | |
| 疾患名 | |
| 理由 | |

審査請求等について

- この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(障害福祉サービス等・軽症者特例での申請について)

- 本不承認通知は、重症度の基準を満たしていないものの、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）にかかっていることを証明するものです。
- 本不承認通知は、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かかっていることの証明になります。
- 不承認となった申請日以降の医療費が軽症者特例の基準を満たした場合（詳しくは別紙<軽症者特例について>を御確認ください）で特定医療費（指定難病）の支給認定申請を行おうとする場合は、本不承認通知の日付けから起算して一年以内であれば、支給認定申請の必要書類である臨床調査個人票の代わりに本不承認通知の写しを使用することができます。

住所
氏名 様

千葉市長

特定医療費（指定難病）給付不承認通知書

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による特定医療費（指定難病）給付の申請は、下記により不承認となりましたので通知します。

記

| | |
|------|--|
| 対象者名 | |
| 疾患名 | |
| 理由 | |

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

指定難病である _____ ※に係る医療費については、下記のとおりです。

※ かかっている疾病名をご記入ください。

| 受診日 | 病院・薬局などの名称 | 医 療 費 の 内 訳 | |
|-----|------------|-----------------|----------------------|
| | | 治療内容・ 医療品名など | かかった医療費（円） （10割分） |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 日 | | | |
| 合 計 | | | |

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、次の方はそれぞれ次の額を超えることが分かる範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：33,330円
- ・「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請をしようとする方：50,000円

千葉市指定難病療養費申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

下記のとおり、指定難病に係る特定医療費を請求します。

| | | | |
|------------------------|---------------|----------------------|---|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 月額 自己負担上限額 | 円 |
| 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 健康保険の 適用区分 | |
| 有効期間開始日に 加入していた健康保険 | 保険者名 (加入先) | 記号 番号・枝番 (被保険者番号) | |

指定医療機関記載欄 (線内)

| 対象者氏名 | | 受給者番号 | | 保 険 対 象 分 | | 処方箋発行元医療機 関 ※千葉市記載欄 | |
|-------------|-----|----------|----------|-----------|-------------------------|---------------------------|---|
| 診療 年月 | 種 別 | 負担 割合 | 診療 日数 | 保険診療総額…A | 患者から徴収した 指定難病に係る金額…B | | |
| 年 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 月 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 年 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 月 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 年 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 月 | 入院 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 外来 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| | 介護 | 割 | 日 | 円 | 円 | | |
| 上記のとおり証明する。 | | | | 指定医療機関名 | | | |
| | | | | 所在地 | | | |
| 年 月 日 | | | | 代表者氏名 | | | Ⓜ |

この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等に対して照会すること、また、保険者等から照会を受けた際に千葉市が回答することについて同意します。
また、千葉市が保有する申請者の他医療費助成制度の申請状況について、支給額の決定に必要な範囲で調査及び確認することに同意します。

| | | | | | |
|-----|-------|----------------------------|-----------------|------|--------------|
| 申請者 | 住所 | | | 氏名 | |
| | 電話番号 | | | 続柄 | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 | 本店 支店 () | 口座番号 | 普通・当座 No. |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | | | | |

1. 黒太線枠内を記入してください。
2. 申請者(原則受給者、受給者が18歳未満の場合は保護者)以外が療養費を受け取る場合は、委任状を添付してください。
3. 消すことができるインクのペンの使用による申請は認められません。

※申請時に必要な添付書類については裏面をご確認ください。

別紙様式第7号

千葉市指令 第 号
年 月 日

住所
氏名

様

千葉市長

千葉市指定難病療養費支給決定通知書

平成 年 月 日付で申請された千葉市指定難病療養費助成について、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

助成することとした額 金 _____ 円

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(問い合わせ先)

住所
氏名

様

千葉市長

千葉市指定難病療養費支給不承認決定通知書

平成 年 月 日付で申請された千葉市指定難病療養費助成について、不承認としましたので通知します。

不承認とした理由

のため

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(問い合わせ先)

個人番号に係る調書

新規 市外転入

世帯員変更(保険の変更による世帯員の変更含む)

書類記入日

年

月

日

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診者 (申請者) | かな | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 (受診者が18歳未満の 場合のみ記載) | かな | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 千葉市の受給者番号 (お持ちの方のみ) | | | | | | | | | | | | | |

※国保・国保組合・後期高齢者医療以外の方は被保険者の方のみ記載してください。

国保・国保組合・後期高齢者医療の方は、同一保険に加入する世帯員を全員記載してください。

※既に受給されている方で、保険が変更したことに伴い、世帯員が変更(増加)する場合は、世帯員全員の記載が必要となります。

受領印

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-------|
| ○受診者 (申請者) と同一の医療 保険に加入し ている方 | 世帯員 1 | かな | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| | | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 2 | かな | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| | | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 3 | かな | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| | | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 4 | かな | | | | | | | | | | | 生年月日 |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 5 | かな | | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----------|----------|--|--|
| 窓口 記入欄 | 本人確認 | <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 代理人 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() 以下は二つ確認が必要 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 税証明 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 代理権確認 | | <input type="checkbox"/> 申請者の健康保険証(原本) <input type="checkbox"/> 申請者の個人番号カード <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 申請者の番号確認 | | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他() |