

特定医療費（指定難病）受給者証更新申請手続きについて

現在お持ちの特定医療費（指定難病）受給者証は、令和6年9月30日で有効期間が終了するため、更新の申請手続きが必要となります。

1 申請窓口

- 申請は、お住まいの地区を管轄する県保健所のほか、遠野市、滝沢市、平泉町、岩泉町及び田野畑村の窓口で受け付けます。
- 受付日と受付場所は、15、16ページの「6 保健所等窓口のご案内」、
「7 臨時更新申請手続き窓口」を御覧ください。
- 受付窓口でマイナンバーの確認を行います。確認方法は、12、13ページ「4 マイナンバーについて」を御覧ください。
- 郵送でも受付します。郵送による申請については、20、21ページの「特定医療費（指定難病）申請書類の郵送による受付について」を必ず御確認いただき、御理解の上、申請するようお願いいたします。
- 各書類の詳細は、本冊子を御確認の上、不明な点は最寄りの保健所等にお問い合わせください。

2 申請集中受付期間

令和6年6月7日(金)～令和6年7月12日(金)

- 申請集中受付開始前でも、書類が揃った場合は申請を受付けます。期間中は混雑が予想されるため、余裕を持った準備をお願いします。
- 受給者証の有効期間内は更新申請の受付が可能です。受付期間を過ぎて申請した場合、発行までに時間を要するため、有効期間内に新しい受給者証をお届けすることができない場合があります。
できる限り、申請集中受付期間内に申請手続きをお願いします。
- 受給者証の有効期間を過ぎて申請する場合は、有効期間に空白が生じ、その期間は医療費の助成が受けられない場合があります。
- 申請された書類は、すべて揃ってから受付となります。郵送で申請していただいた書類に修正や追加提出が必要な場合は、保健所から電話等で連絡または申請書類の返送を行います。

3 手続に必要な書類（※次ページ以降も続く）

【全員が提出する書類】

(1) 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（同封しています）

- 申請書記入例を御覧の上、必要事項の記載をお願いします。
- 申請書には、3月末時点の登録情報が印字されています。
- 内容を確認していただき、変更があれば、取消し線を引き、内容を訂正してください。
- 不明な点については受付窓口でご確認ください。

下の例は、加入医療保険が変更になった場合の訂正例です。

日付、年齢、マイナンバーは、印字されていないので、記入してください。

様式第1号

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

申請区分	新規・更新・変更	受給者番号	●●●●●●●●	
岩手県知事 殿		〇〇年 〇月 〇〇日		
難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項(第10条第1項)の規定により、下記のとおり申請します。				
フリガナ	イワテ タロウ	生年月日		
氏名	岩手 太郎	昭和●●年●●月●●日 (〇〇歳)		
マイナンバー	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	電話	△△△△-△△-△△△△	
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岩手県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇			
加入医療保険	被保険者氏名	岩手 花子 岩手 太郎	続柄	家族 本人
	保険種別	協会健保 後期高齢		
	保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部 岩手県後期高齢者医療広域連合	記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
疾患番号・疾患名	〇 〇〇〇〇〇病	変更の有無 (更新・変更の場合)	無 <u>有</u> (氏名・住所 <u>医療保険</u>)	

保護者が申請する場合は次の保護者欄を記入してください。 ※患者が18歳未満の場合

保護者	氏名(フリガナ)	()	患者との関係	
	マイナンバー		電話	
	住所(患者と異なる場合のみ記入)	〒 岩手県		

患者又は保護者以外の方に申請手続きを委任する場合は、次の代理人欄を記入してください。

代理人	患者又は保護者 氏名	岩手 太郎		
	私は、マイナンバーの提供を含む申請書の提出に係る権限を次の代理人に委任します。			
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇		
	氏名	岩手 花子	申請者との関係	妻
			電話	●●●●● (●●)●●●●●

上の例は、代理人に申請を依頼する場合の記載例です。郵送による申請の場合でも、患者本人以外が記入や書類の準備を行った場合は、代理人欄に記入が必要です。18歳未満の場合は、上段の保護者欄への記入が必要です。

下の例は、代理人に受給者証等を送付する場合です。例のとおり○で囲みます。その他、送付先を希望する場合は、○で囲うほか、住所氏名等を記入してください。

自己負担上限額の特例のうち、申請時点で該当する場合は○を記入してください。

受給者証等の送付先 (該当する区分に○)	※ その他の場合のみ下記に記入してください。		
患者・保護者 代理人・その他	住所 〒	氏名	申請者との関係 電話
自己負担上限額の特例 (今回申請する特例がある場合に○)	高額かつ長期	受給を開始した月以降の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が申請月以前の12か月以内に6回以上の場合	
	軽症者特例	医療費総額(10割)が33,330円を超える月が申請月以前の12か月以内に3回以上ある場合(重症度分類を満たさない場合該当)	
	○人工呼吸器等装着	継続して常時生命維持管理装置(人工呼吸器、体外式補助人工心臓)を装着する必要があり日常生活動作が著しく制限される場合	
	世帯内按分	患者と同じ医療保険に加入している指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者がいる場合	
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 (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年月日を記載)	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"/> 病状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 災害等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他の理由		
※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が行え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			

更新の場合は記入不要

受診を希望する 指定医療機関 (病院及び診療所 調剤薬局、 訪問看護ステーション)	医療機関名 (調剤薬局は支店名まで記載)	所在市町村名	受付印
	○○病院 ●●薬局●●店 △△薬局△△店		支給開始予定日 ()

これまでの申請での記入内容をもとに登録している指定医療機関を印字しています。指定医療機関の所在市町村名を記入してください。新たに追加したい場合は空欄に記入、変更したい場合は例のように取り消し線を引いたうえで記入してください。登録から削除したい場合は、取り消し線を引いてください。なお、受給者証に記載しているように、難病法に基づき、各都道府県や指定都市が指定した指定医療機関であれば、どこでも医療費助成を受けられます。(登録した指定医療機関以外の指定医療機関でも受診することができます。)

■世帯調書

- ・患者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください。
- ・住民票が別でも同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入してください。

保健所記入欄

氏名 マイナンバー	患者との続柄	特定医療費・小児慢性特定疾病受給の有無 受給者番号	被用者保険の被保険者 (被保険者に○)	税証明提出 (提出者に○)	市町村民税 (所得割)課税年額
	本人	小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円
		難病・小児			円

患者本人が被用者保険に加入している場合は、患者本人と被保険者本人のみマイナンバーを記入してください。
 同じ医療保険の中に、他に特定医療費(指定難病)や小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる場合は、「難病・小児」欄に○囲みと受給者番号を記入してください。

患者本人が小児慢性特定疾病医療費の受給者証を持っている場合は受給者番号を記入してください。

ここには何も記入しないでください

自己負担上限額に関する事項 ※所得を確認する書類を提出しない方のみ記入
 自己負担上限額の階層区分が上位所得となることについて了承し、所得を確認する書類を

患者又は保護者 氏名 _____

※ 国保組合の方は、医療保険の所得区分の確認のため、所得を確認する書類を省略できないため、こちらの自署はできません。

月の自己負担上限額の階層区分が上位所得(30,000円)となることを了承し、所得に関する書類を提出しない場合は記入してください。
 ただし、国保組合の方は、国保組合に対して所得区分を確認するために、所得を確認する書類の提出が必要なため、申請者は提出を省略できませんので、ご了承ください。

■現在の療養状況等について

県の難病対策に活用するため、下記の調査にもご協力をお願いします。(該当するものに○をつけてください)

療養場所 ① 在宅(検査・レスパイト等一時的な入院含む) 2. 長期入院 3. 施設入所
(病院名/施設名 _____)

生活状況 1. 就労・就学をしている 2. 家事や家の仕事をしている ③ 療養(病気のため就労・家事等が困難)

身体状況 1. 自力で歩行可能 2. 杖などが必要 3. 手を引くなどの介助により移動 4. 車いすによる移動
⑤ ベッドなどでなければ移動できない

介護保険 1. 未申請 2. 申請中 ③ 認定済み (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・⑤)

障害福祉サービス 1. 未申請 ② 申請中 3. 認定済み (障害区分 1・2・3・4・5・6)

身体障害者手帳 1. 未申請 ② 申請中 3. 有り (障害区分名 _____ / 種 級)

医療処置等の状況 1. 経管栄養 ② 人工呼吸器(気管切開)・鼻マスク又は顔マスク 3. 人工透析 4. 在宅酸素
5. たん吸引(電気式) 6. その他(_____)

医療機器の使用者 非常用電源装置 ① あり (自己所有 借用 借用先: _____) 2. なし
外部バッテリー 1. あり (自己所有 借用 借用先: _____) ② なし

県における療養支援等難病対策に活用するため、調査の御協力をお願いいたします。

(2) 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書

(同封しています)

- 提出していただく臨床調査個人票の研究利用に関する同意内容が変更となりました。
- 同封の様式第1号別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」の内容を御覧頂き、同意頂ける場合は、日付、住所、署名を記入し、提出してください。

様式第1号別添

指定難病の医療費助成・登録者証の申請における
臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

年 月 日

住 所 : _____

患者署名 : _____

※ 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うえで、以下も署名してください。

代理人署名 : _____

同意頂ける場合はこの欄に記入してください。

(3) 臨床調査個人票 (同封しています)

- 医療機関の主治医（難病指定医または協力難病指定医）が記載する必要があります。作成までに時間を要する場合がありますので、お早めに医療機関に作成を依頼してください。
- 指定医の記載から3か月以内のものが有効です。
- 複数の疾病で認定を受けている方は、それぞれの疾病の臨床調査個人票が必要です。

(4) 住民票謄本 (世帯全員分の住民票)

- 世帯全員の住民票が必要です。一人暮らしの方でも必ず世帯全員のものである証明が記載された住民票の提出をお願いします。
- 発行から3か月以内のもので、続柄の記載が必要です。（本籍の記載は省略できます。）
- 住民票にマイナンバーを記載していただくと、マイナンバーの確認書類としても御利用できます。

(5) 保険証（被保険者証）のコピー

- 患者本人が加入する医療保険者の種類により、提出していただく対象者が異なります。下表に従って準備してください。

保険証（被保険者証）の種類		書類の提出が必要な方
国民健康保険 （退職国保を含む）		<ul style="list-style-type: none"> 患者本人分 患者と同じ住民票上で、同じ保険に加入している全員分（保険証の記号番号が同じ方）
後期高齢者医療広域連合		<ul style="list-style-type: none"> 患者本人分 患者と同じ住民票上の後期高齢者医療に加入している全員分
国民健康保険組合 （土木・建設・医師等）		<ul style="list-style-type: none"> 患者本人分 患者と同じ保険に加入している全員分（保険証の記号番号が同じ方）
被用者保険 ・健康保険組合 ・共済組合 ・全国健康保険協会 ・その他被用者保険	患者本人で加入	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人分
	患者本人で加入していない（扶養家族）	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人 被保険者分

- 被用者保険（健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会、その他被用者保険）に加入している方で、患者本人の健康保険証に被保険者の氏名が記載されている場合は、被保険者分のコピーの提出は不要です。
- （注）更新申請をした後に、保険証に変更があった場合（誕生日の到達により後期高齢者医療制度に加入など）は、必ず変更後の健康保険証のコピーを提出してください。
- マイナンバーカードの健康保険証利用をしている方も、保険証（被保険者証）のコピーの提出が必要です。
- 生活保護受給中の方は、生活保護受給証明書の提出が必要です。11ページを参照してください。
- コピーはA4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。

(6) 令和6年度市町村民税所得課税証明書

- 令和6年1月1日時点で住所登録がある市町村で取得する書類です。
- 患者本人が加入する医療保険者の種類により、提出していただく対象者が異なります。下表に従って準備してください。（義務教育課程まで（中学生以下）不要です。）

保険証（被保険者証）の種類		書類の提出が必要な方	
国民健康保険 （退職国保を含む）		<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人分 ・患者と同じ住民票上で、同じ保険に加入している全員分（保険証の記号番号が同じ方） 	
後期高齢者医療広域連合		<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人分 ・患者と同じ住民票上の後期高齢者医療に加入している全員分 	
国民健康保険組合 （土木・建設・医師等）		<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人分 ・患者と同じ保険に加入している全員分（保険証の記号番号が同じ方） 	
被用者保険 <ul style="list-style-type: none"> ・健康保険組合 ・共済組合 ・全国健康保険協会 ・その他被用者保険 	患者本人で加入	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人分 	
	患者本人で加入していない （扶養家族）	被保険者の令和6年度の住民税は課税	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者分
		被保険者の令和6年度の住民税は非課税	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人 ・被保険者分

- 令和6年度の所得課税証明書は、令和5年1月1日から令和5年12月31日までの所得金額などが記載されています。

(注)「令和5年度」市町村民税所得課税証明書では受付できません。

- 課税状況を確認するため、収入の申告を行ってから交付を受けてください。
- 所得を証明する書類は「収入額」、「所得の種類」、「所得額」、「所得控除の内訳」、「市町村民税所得割額・均等割額」、「扶養者数」が確認できるものに限ります。

- 市町村民税の課税額により自己負担上限額を認定します。納税証明書・源泉徴収票・確定申告書では課税額が確認できないので申請できません。
- 各市町村によって、令和6年度の所得課税証明書の発行開始時期が異なりますので、別添「令和6年度市町村民税所得課税証明書 発行開始予定一覧」をご確認の上、詳細はお住まいの市町村税務担当課にお問い合わせください。

◇市町村民税非課税(非課税世帯)の場合下記に御注意ください◇

- 患者本人または保護者（患者が18歳未満の場合）に、障害年金等の非課税収入がある場合は、患者本人または保護者の令和5年分（R5.1.1～R5.12.31）の受給額が分かる書類（年金の振込通知書や通帳のコピー等）の提出が必要です。
- コピーはA4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。
- 非課税収入となる障害年金等は以下のとおりです。

障害年金（基礎、厚生、共済年金等）、遺族年金（基礎、厚生、共済年金等）、寡婦年金、特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの、特別障害者給付金、労災による障害補償給付・障害給付、公災による障害補償給付等、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、（経過的）福祉手当、障害手当一時金等

（7）医療保険者からの情報提供に係る同意書（同封しています）

- 医療保険上の所得区分に関する情報を医療保険者に提供を求めることの同意書です。
- 生活保護受給中の方で、保険証（被保険者証）をお持ちでない方は不要です。

（8）特定医療費（指定難病）受給者証のコピー

- 受給者証の記載内容の確認を行います。記載事項に変更がある場合は訂正しますので、原本を持参または郵送してください。（受給者証は訂正を行い、返却します。市町村の受付窓口で申請した場合、受給者証の訂正に日数を要する場合がありますので、あらかじめ御了承ください。）
- コピーはA4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。

(9) 自己負担上限額管理票のコピー（申請月以前の12か月分）

- 申請月以前12か月以内の各月の医療費総額により、軽症者特例及び高額かつ長期特例（詳細17、18ページ）該当者の確認を行います。

※令和6年6月申請の場合…令和5年7月～令和6年6月までの12か月間のうち、医療機関を受診し記載がある月分

- 下の表は該当する月の確認（チェック）にご利用ください。

軽症者特例該当（医療費総額33,330円を超える）月に「○」を記入

高額かつ長期該当（医療費総額50,000円を超える）月に「◎」を記入

7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月

- **10**ページの記入方法を参考に記載漏れがないことを事前に御確認ください。12か月分が2冊にまたがっている場合は、2冊とも必要です。

- 支給認定前の医療費など、自己負担上限額管理票に記入がない月の医療費を証明する必要がある場合のみ「医療費申告書」を提出してください。

※医療費申告書は医療機関に記入を依頼してください。

- 申請月に医療機関の受診を予定しているが、受診日前に申請することにより、その時点では軽症者特例及び高額かつ長期特例対象外となるケースがありますので、当月受診後に申請するなど申請時期を御検討ください。

- コピーはA4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。

自己負担上限額

患者負担割合：2割			自己負担額(外来+入院+薬代+介護給付費)		
階層区分	階層区分の基準		一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0円	0円	0円
低所得Ⅰ	市町村民税(所得割・均等割) 非課税(世帯)	本人年収 ～80万円	2,500円	—	1,000円
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000円	—	
一般所得Ⅰ	市町村民税(所得割・均等割)課税以上 市町村民税(所得割)7.1万円未満		10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税(所得割) 7.1万円以上25.1万円未満		20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税(所得割) 25.1万円以上		30,000円	20,000円	
入院時の食事療養費			全額自己負担		

自己負担上限額管理票の記入方法

〇〇年 4月分自己負担上限額管理票

受診者名	岩手 太郎	受給者番号	0000000
------	--------------	-------	----------------

月額自己負担上限額 **5,000円**

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担額 累積額
4月 5日	〇×薬局			
4月 5日	<input type="checkbox"/> ▲内科クリニック	10,000円	2,000円	2,000円
4月 5日	〇×薬局	30,000円	3,000円	5,000円
4月 9日	◇●訪問看護ステーション	5,000円		
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

指定医療機関に記入を依頼してください。

医療費申告書の記入方法

様式第10号

岩手県知事 様

医療費申告書

枠内は、指定医療機関に記入を依頼ください。

申請者氏名: **岩手 太郎**

指定難病名: **〇〇〇〇病**

上記の指定難病に係る医療費については、下記のとおりです。

※以下の枠内は、(指定)医療機関がご記入ください。

〇年 〇月分

受診日	(指定)医療機関名	医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名など	医療費総額(円) (10割分)
5日	<input type="checkbox"/> △内科クリニック	問診・投薬	5,520円
5日	〇×薬局	〇×剤	28,740円
日			
日			
合 計			

指定難病に係る治療内容であることを証明すること

ひと月の医療費総額を医療機関毎にまとめて記載

【該当する方のみ提出する書類】

(10) 生活保護受給証明書

- 生活保護認定を受けている方は、生活保護受給証明書の提出が必要です。
- 保険証（被保険者証）をお持ちの場合は保険証（被保険者証）のコピーも提出してください。
- コピーは、A4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。

(11) 世帯内に特定医療費（指定難病）や小児慢性特定疾病医療費の受給者がいることを証明する書類のコピー

- 同じ医療保険に加入している方の中に、他に特定医療費（指定難病）や小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる場合、自己負担上限額が按分される場合があります。

【提出書類】

- 該当する場合、該当する方の「特定医療費（指定難病）受給者証」または「小児慢性特定疾病医療受給者証」のコピーを提出してください。
- コピーは、A4サイズ用紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください。

(12) 人工呼吸器等装着者であることを証明する書類

- 申請疾病により人工呼吸器または体外式補助人工心臓を使用している方が該当します。臨床調査個人票の「人工呼吸器」「体外式補助人工心臓」または「補助循環」欄に記載が必要です。

該当する場合は、臨床調査個人票作成時に医師へ記載を依頼してください。

参考：臨床調査個人票該当ページ（抜粋）

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

4 マイナンバーについて

○ 受付窓口でマイナンバーを確認します。

保健所等窓口で申請を行う際、マイナンバーの確認等が必要となります。
あらかじめ、必要な書類を準備してください。

(1)申請者本人(患者本人または保護者)が持参する場合

以下の①または②のいずれかと、患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類(注)をご提示ください。

①

ア)申請者本人の「通知カード」※または「マイナンバー付きの住民票」

※「通知カード」は、記載事項に変更がない場合のみ利用可能です。

+

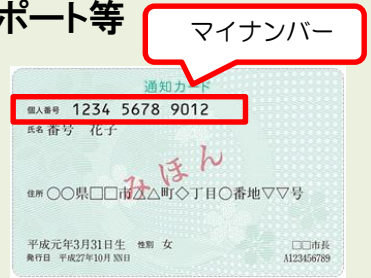
イ)申請者本人の運転免許証、障害者手帳、パスポート等

イ)の書類がない場合、特定医療費(指定難病)

受給者証、健康保険証、児童扶養手当証書等

を2つ以上ご準備ください。

マイナンバーの通知カードの見本⇒



②

申請者本人のマイナンバーカード

マイナンバーカード
の見本⇒

1枚で本人確認と
マイナンバーの確認が
できます。



(表面)



(裏面)

(注) 患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認するため、世帯員全員の「通知カード」「マイナンバー付きの住民票」「マイナンバーカード」のいずれかを準備してください。

- ※ 患者本人が被用者保険に加入している場合は、患者本人と被保険者本人のみ。
- ※ 通知カードについては、記載事項に変更がない場合のみ利用可能です。
- ※ 郵送の場合は①または②と、患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類のコピーを準備してください。(A4サイズ用紙に裏面をコピーして、そのまま切り取らずに提出してください。)

(2)申請者本人以外(代理人)が持参する場合

以下の①～③と、患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類(注)をご提示ください。

①【代理権の確認書類】

申請者本人から代理人への委任状または申請者本人の健康保険証

※ 委任状は申請書代理人欄への記載があれば不要です。

②【代理人の身元確認書類】

代理人のマイナンバーカードや運転免許証、パスポートなどから1種類

※ 上記書類がない場合は、健康保険証、児童扶養手当証書などから2種類

③【申請者本人の番号確認書類】

申請者本人の通知カードのコピーやマイナンバーカードのコピー、マイナンバー付きの住民票などから1種類

(注) 患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認するため、世帯員全員の「通知カード」「マイナンバー付きの住民票」「マイナンバーカード」のいずれかを準備してください。

患者本人が被用者保険に加入している場合は、患者本人と被保険者本人のみ。
(「通知カード」については記載事項に変更がない場合のみ利用可能です。)

※ 郵送の場合は①～③と、患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員全員のマイナンバーを確認する書類のコピーを準備してください。(A4サイズ用紙に裏面をコピーして、そのまま切り取らずに提出してください。)

○ 申請書にマイナンバーの記入をお願いします。

特定医療費(指定難病)支給認定申請書(新規・更新・変更)を提出する際は、患者本人と同じ健康保険に加入している世帯全員分のマイナンバーの記入と確認書類の準備をお願いします。(患者本人が被用者保険に加入している場合は、患者本人と被保険者本人のみ)

○ 住民票等の提出は引き続き必要です。

情報連携の運用が開始されていますが、情報照会にかかるシステムの整備ができていないため、特定医療費(指定難病)支給認定申請に当たっては、これまでどおり、住民票や所得課税証明書等の提出をお願いします。

5 よくある質問

Q1 市役所に行ったら所得課税証明書を出せないと言われたのですが。

A1 市役所に収入の申告をしていない方には所得課税証明書が発行されません。市役所で収入の申告をしてから所得課税証明書の交付を受けてください。

Q2 所得課税証明書の代わりに源泉徴収票や確定申告書を提出してもいいですか。

A2 代用できません。

自己負担上限額を認定するために市町村民税課税額（所得割額）を確認する必要があります。源泉徴収票や確定申告書では当該課税額が確認できないからです。所得と市町村民税課税額の両方が分かる証明書を提出してください。

Q3 更新申請書提出後に住所や保険証が変更になりましたがどうしたらいいですか。

A3 変更事項が確認できる書類（住民票や健康保険証の写し等）を追加で提出する必要があります。7～9月に変更が生じた方は、受給者証の送付が遅れる場合がありますので御了承ください。

Q4 郵送で申請してもいいですか。

A4 郵送による申請も可能です。詳細については、20、21ページの「特定医療費（指定難病）申請書類の郵送による受付について」をご覧ください。管轄の保健所までお問い合わせいただきますようお願いいたします。

Q5 患者さんが施設に入所しています。施設職員が更新申請を行うことはできますか。

A5 施設職員さんやケアマネジャーさんが更新申請を行うことも可能です。

患者さんや保護者以外の方が申請を行う場合は申請書の代理人欄に記入をお願いします。

また、申請書類と併せて身分証明書（名刺やネームプレート等）を持参いただくようお願いいたします。

Q6 更新案内が届いたが受給者本人が県外へ転出したためどうしたらいいですか。

A6 県外転出、治癒及び死亡等により受給資格を喪失した場合は、特定医療費（指定難病）受給資格喪失届（様式第8号）を管轄の保健所等に提出する必要があります。インターネット上で「岩手県難病喪失届」で検索し、県の公式ホームページから様式をダウンロードするか、管轄の保健所までお問い合わせいただきますようお願いいたします。

6 保健所等窓口のご案内

～必要書類を揃えた上で、各窓口へお越し下さい。～

保健所名	住所 及び 電話番号	管轄市町村	備考
県央保健所保健課	〒020-0023 盛岡市内丸 11-1 (臨時受付窓口：合同庁舎6階) TEL 019-629-6573(直通)	盛岡市・八幡平市 滝沢市・雫石町 岩手町・葛巻町 紫波町・矢巾町	毎週月～金 9:00～15:30 ※集中受付期間初日の6月7日(金)は、相当混雑することが予想されます。
中部保健所保健課	〒025-0075 花巻市花城町 1-41 TEL 0198-22-2331	花巻市・北上市 遠野市・西和賀町	毎週月・水・金 9:00～16:00 (1階臨時会場にて受付) 毎週火・木 9:00～16:00 (2階保健所にて受付)
奥州保健所保健課	〒023-0053 奥州市水沢大手町5-5(分庁舎) TEL 0197-22-2831(直通)	奥州市・金ヶ崎町	毎週月～木 9:00～14:00 奥州保健所 保健課窓口
一関保健所保健課	〒021-8503 一関市竹山町7-5 TEL 0191-34-4690(直通)	一関市・平泉町	毎週月～木 9:30～16:00 (2階臨時会場にて受付)
大船渡保健所保健課	〒022-8502 大船渡市猪川町前田6-1 TEL 0192-27-9922 内線 245	大船渡市・陸前高田市・住田町	毎週月～金 9:00～16:00
釜石保健所保健課	〒026-0043 釜石市新町6-50 TEL 0193-25-2710 内線 346	釜石市・大槌町	
宮古保健所保健課	〒027-0072 宮古市五月町 1-20 TEL 0193-64-2218	宮古市・山田町 岩泉町・田野畑村	毎週月～金 9:00～16:00 ※岩泉町・田野畑村にお住まいの方は、居住地の役場窓口でも申請可能です。
久慈保健所保健課	〒028-8042 久慈市八日町 1-1 TEL 0194-66-9680	久慈市・洋野町 野田村・普代村	
二戸保健所保健課	〒028-6103 二戸市石切所字荷渡6-3 TEL 0195-23-9206(直通)	二戸市・軽米町 九戸村・一戸町	毎週月・水・金 9:30～16:00

次の市町村にお住まいの方は、当該市町村役場及び保健所のいずれにおいても申請可能です。

市町村名		住所 及び 電話番号
遠野市	健康福祉の里 福祉課	〒028-0541 遠野市松崎町白岩字薬研淵 4-1 TEL 0198-68-3193
滝沢市	健康こども部 健康づくり課 ※受付時間 8:30～17:00 (毎週水曜日の窓口延長時(17:00～19:00)の受付は行いません。)	〒020-0692 滝沢市中鶴飼 55 番地 TEL 019-656-6527(直通)
平泉町	保健センター	〒029-4192 平泉町平泉字志羅山 45-2 TEL 0191-46-5571
岩泉町	健康推進室	〒027-0595 岩泉町岩泉字惣畑 59-5 TEL 0194-22-2111 内線 236
田野畑村	健康福祉課(保健センター)	〒028-8407 田野畑村田野畑 120-3 TEL 0194-33-3102

7 臨時更新申請手続窓口

市町村役場等に臨時の受付窓口を開設します。必要書類を揃えた上で、各会場へお越し下さい。

会 場		日 時		
盛岡市 ※事前予約制 019-629-6573 (県央保健所保健課) へご連絡ください	玉山総合事務所 301・302 会議室	6月13日(木)	10:00~15:00	
雫石町	役場 3階大会議室	6月25日(火)		
矢巾町	役場 4階大会議室	6月18日(火)		
八幡平市	市役所(新庁舎)多目的ホール棟 大ホール	6月20日(木)		
岩手町	役場 1階 談話室	6月27日(木)		
紫波町	役場(新庁舎) 301・302 会議室	7月 2日(火)		
葛巻町	複合庁舎くすま〜る 1階 ふり〜じゅ	7月 4日(木)	10:30~13:00	
北上市	北上地区合同庁舎 1階県民ホール	6月11日、18日、 25日、 7月2日、9日 ※いずれも火曜日	10:00~12:00 13:00~15:00	
西和賀町 ※事前予約制 0198-22-2331 (中部保健所保健課) へご連絡ください	西和賀町役場沢内庁舎 1階	6月 27日(木)	10:30~12:30 (受付は12:00まで)	
	西和賀町役場湯田庁舎 1階	6月 27日(木)	14:00~16:00 (受付は15:30まで)	
奥州市	江刺	江刺総合支所2階 212・213 会議室	6月28日(金)	10:00~13:00
	前沢 衣川	前沢総合支所3階 302 会議室	6月14日(金)	10:00~13:00
	胆沢	胆沢総合支所2階 202・203 会議室	6月21日(金)	13:00~16:00
金ケ崎町	金ケ崎町役場3階 302・303 会議室	7月 5日(金)	10:00~13:00	
一関市	一関地区合同庁舎 千厩分庁舎 1階小会議室	6月21日(金) 7月 5日(金)	11:00~14:00	
陸前高田市	市役所 1階 市民交流スペース	7月 2日(火)	10:00~13:00	
住田町	役場 1階 町民ホール	7月 3日(水)	10:00~13:00	
大槌町	役場 3階中会議室	7月 3日(水)	9:30~11:30	
山田町	役場本庁舎 地下 第2会議室 ※エレベーターにて地下へお越しください。	7月 4日(木)	10:00~13:00	
洋野町	事前予約制 0194-66-9680 (久慈保健所)	種市庁舎 2階第3会議室	6月20日(木) 7月10日(水)	9:30~12:00
		大野庁舎 2階庁議室	6月27日(木)	9:30~12:00
野田村		役場 2階第1会議室	7月 3日(水)	9:30~12:00
軽米町	事前予約制 0195-23-9206 (二戸保健所) ※当日受付の場合、 案内に時間を要する 場合がございます。 ご了承ください。	役場 1階町民ホール	6月18日(火) 6月27日(木)	10:00~12:30
九戸村		役場 2階第1会議室	6月20日(木)	
一戸町		役場 1階会議室	6月25日(火)	

軽症者特例のお知らせ

難病医療費助成制度では、指定難病にかかっていると認められる方で、国が定める重症度の基準を満たしている方（※1）が助成対象となりますが、指定難病にかかっていると認められる方で、重症度が基準を満たしていない場合であっても、申請月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が3回以上ある場合、軽症者特例により助成対象となりますので、軽症者特例に該当すると思われる方は、更新申請書類に加え、「自己負担額上限額管理票（コピー）」または「医療費申告書（※2）」（医療機関に記載していただく必要があります。）を提出するようお願いします。

※1 重症度が基準を満たしているかどうかについては、医療機関に御確認ください。

※2 医療費申告書は、支給認定前など自己負担上限額管理票に記入がない月の医療費を証明する場合のみ提出してください。（自己負担上限額管理票にすでに記入されている月は医療費申告書を提出する必要はありません。）

1 対象者

申請月以前の12か月以内（注1）において、指定難病にかかる医療費総額（注2）が33,330円を超える月が3回以上ある方

注1 【例】令和6年6月申請の場合…令和5年7月～令和6年6月までの12か月間が対象（下線部は申請月により変動します。）

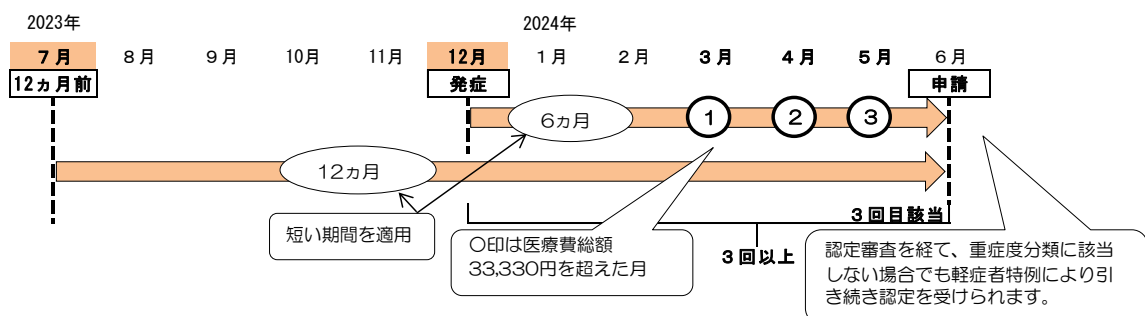
注2 指定難病に係る医療費総額には薬局、訪問看護事業所利用分も含みますが、入院時食事療養標準負担額や生活療養標準負担額は含みません。

2 必要書類

- 更新申請書類（必要な書類については、「特定医療費（指定難病）受給者証更新申請手続きについて」を御覧ください。）
- 上記に該当する月の「自己負担額上限額管理票（コピー）」または「医療費申告書」

3 注意事項

申請の際に「自己負担額上限額管理票（コピー）」または「医療費申告書」を提出すると、県において指定難病に係る対象月ごとの医療費総額の確認により、軽症者特例の判定ができるため、重症度が基準を満たしていない場合であっても、軽症者特例の基準を満たしている場合、保健所での申請受理日（申請した日が医療機関受診日（支払日）と同日で、その日の支払を加えることで3回目の要件（医療費総額33,330円を超える月）を満たす場合は、その翌日）から軽症者特例により認定を受けられます。「自己負担額上限額管理票（コピー）」または「医療費申告書」を提出せずに申請を行い、重症度が基準を満たしていない場合は、県において医療費総額が軽症者特例基準を満たしているかどうか確認できないため、不認定となります。不認定となった後で医療費申告書を用意して再申請することも可能ですが、再申請後からの認定となるため、初回の申請から再申請までの医療費については公費負担の対象とはなりません。



高額かつ長期特例のお知らせ

自己負担上限月額が10,000円以上の方は、支給認定後の指定難病に係る医療費総額が50,000円を超える月が12か月以内に6回以上ある場合は、「高額難病治療継続者」として申請いただくと自己負担が次のとおり軽減されます。

- 自己負担上限月額が10,000円の場合 ⇒ 5,000円
- 自己負担上限月額が20,000円の場合 ⇒ 10,000円
- 自己負担上限月額が30,000円の場合 ⇒ 20,000円

詳しくは、下記の「注意事項（申請に必要な医療費の計算方法）」を御覧ください。

1 対象者

- ・ 階層区分が10,000円（一般所得I）以上の方
- ・ 受給を開始した月以降の指定難病に係る医療費総額（注1）が50,000円を超える月が申請月以前の12か月以内（注2）に6回以上ある方

注1 指定難病に係る医療費総額には薬局、訪問看護事業所利用分も含まれますが、入院時食事療養標準負担額や生活療養標準負担額は含みません。

注2 【例】令和6年6月申請の場合…令和5年7月～令和6年6月までの12か月間が対象（下線部は申請月により変動します。）

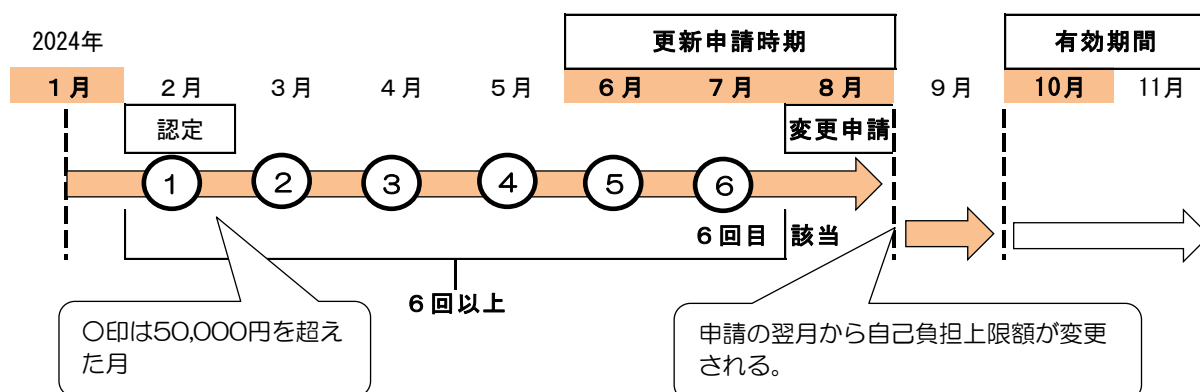
2 必要書類

- ・ 更新申請手続書類（必要な書類については、「特定医療費（指定難病）受給者証更新申請手続について」を御覧ください。）
- ・ 上記に該当する月の「自己負担額上限管理票（コピー）」または「医療費申告書（※）」（医療機関に記載していただく必要があります）

※ 医療費申告書は、支給認定前など自己負担上限管理票に記入がない月の医療費を証明する場合のみ提出してください。（自己負担上限管理票にすでに記入されている月は医療費申告書を提出する必要はありません。）

3 注意事項（申請に必要な医療費の計算方法）

令和6年2月に指定難病患者として認定された場合、医療費総額が50,000円を超えた月が2月以降6回以上あれば申請が可能です。（自己負担上限額は、申請の翌月から変更されます。）



別添

令和6年度市町村民税所得課税証明書 発行開始予定等一覧

※ 令和5年3月末時点における各市町村からの聞き取りによる発行開始予定時期を記載しています。
 発行開始時期は変更になる可能性がありますので、詳細はお住まいの市町村にお問い合わせください。
 窓口の混雑が予想されます。コンビニ交付が可能な市町村の場合活用をご検討ください（詳しくは各市町村にお問い合わせください）

市町村	証明書名称	発行開始予定時期	(備考)
盛岡市	所得課税証明書	5月31日(金) 6月10日(月)※年金収入がある場合	
宮古市	市民税・県民税・森林環境税 所得課税証明書	6月3日(月)	※コンビニ交付は6月1日(土)～
大船渡市	市県民税所得課税証明書	6月7日(金)	
花巻市	課税(所得)証明書	6月予定	
北上市	課税所得証明書	6月10日(月)	
久慈市	所得課税証明書	6月予定	
遠野市	所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
一関市	市民税 県民税 所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
陸前高田市	所得課税扶養証明書	6月7日(金)	
釜石市	市民税県民税所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
二戸市	所得課税証明書	6月予定	
八幡平市	市民税・県民税・森林環境税 所得課税証明書	6月3日(月)	
奥州市	課税所得証明書	6月7日(金)	
滝沢市	市民税・県民税 課税証明書	6月予定	
雫石町	町民税県民税 所得課税扶養証明書	6月予定	
葛巻町	所得課税扶養証明書	6月予定	
岩手町	町県民税所得課税証明書	6月3日(月)	コンビニ交付は6月1日(土)～
紫波町	所得(非)課税証明書	6月予定	
矢巾町	町民税・県民税 所得・課税証明書	6月3日(月)	
西和賀町	町民税県民税所得課税証明書	6月予定	
金ケ崎町	所得課税証明書	6月予定	
平泉町	町民税県民税所得課税証明書	6月3日(月)	コンビニ交付は6月1日(土)～
住田町	町民税県民税所得課税証明書	6月3日(月)	
大槌町	町県民税所得・課税証明書	6月上旬(予定)	
山田町	所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
岩泉町	町民税 県民税 所得課税扶養証明書	6月14日(金)	
田野畑村	所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
普代村	所得課税証明書	6月7日(金)(予定)	
軽米町	所得課税証明書	6月上旬(予定)	
野田村	所得課税証明書	6月7日(金)	
九戸村	村民税・県民税・森林環境税 所得課税証明書	6月3日(月)	
洋野町	町民税・県民税・森林環境税 所得課税扶養証明書	6月3日(月)	
一戸町	所得課税証明書	6月予定	

特定医療費（指定難病）申請書類の郵送による受付について

特定医療費（指定難病）にかかる各種申請については、保健所等において例年通り受付をしておりますが、**郵送による申請も可能**です。

ただし、保健所等へ来所しての受付のように、記載内容や添付書類の確認を行った上で
の受付ができないことから、受給者の皆様におかれましては、大変恐縮ですが以下について御理解いただいた上で、御利用ください。

① 申請された書類は、すべて揃ってから受付となります。郵送で申請をしていただいた書類について、修正や追加提出が必要である場合は、保健所から電話等で連絡します。

※1 申請書類は、保健所に書類が到着し、すべての書類が整っていることが確認できた時点で受付となります。

※2 書類不備等により保健所から連絡する可能性がありますので、申請書には日中連絡のつく電話番号及び返送先の住所を記載していただきますようお願いいたします。

② 郵送料については、患者様負担でお願いいたします。

③ 必要書類として住民票などの個人情報が含まれる書類があるため、特定記録郵便、レターパック、配達証明郵便など記録が残る方法で郵送いただきますようお願いいたします。記録が残る方法以外で郵送された書類については、郵便事故等による不着について責任を負いかねますので御了承ください。

※ 記録が残る方法での郵送の料金について、詳しくは郵便局にお問い合わせください。

④ 患者本人以外の方が、申請書への記入や各書類の準備を行い更新申請する場合は、代理人欄に必ず記入してください。

⑤ 住民票、市町村民税所得課税証明書などの市町村の窓口等で取得する必要がある書類についても、郵送にて取得できる場合があります。取得手続については、お住まいの市町村にお問い合わせください。

⑥ 住民票、臨床調査個人票など、発行から一定期間有効となる書類があります。前もって書類を準備するなど、計画的な準備をお願いいたします。

⑦ 各書類のコピーを添付する際は、A4サイズ用の紙に印刷してそのまま切り取らずに提出してください（A4サイズのまま）

⑧ 郵送する際は「**特定医療費（指定難病）更新申請書類在中**」と封筒に明記してください。

郵送提出の場合の送付先は、住所地を管轄する保健所です。

次ページに一覧を記載しておりますので、ご確認ください。

【 郵送提出の送り先 】

※下記の「送り先」部分を切り抜いて、封筒のあて名としてお使いください。

送り先	管轄市町村	電話番号
〒020-0023 盛岡市内丸 11-1 県央保健所 保健課 行	盛岡市・八幡平市・ 滝沢市・雫石町・岩手町・葛 巻町・紫波町・矢巾町	019-629-6 573
〒025-0075 花巻市花城町 1-41 中部保健所 保健課 行	花巻市・北上市・ 遠野市・西和賀町	0198-22-2 331
〒023-0053 奥州市水沢大手町 5-5 奥州保健所 保健課 行	奥州市・金ヶ崎町	0197-22-2 831
〒021-8503 一関市竹山町 7-5 一関保健所 保健課 行	一関市・平泉町	0191-34-4 690
〒022-8502 大船渡市猪川町前田 6-1 大船渡保健所 保健課 行	大船渡市・陸前高田市・ 住田町	0192-27-9 922 内線 245
〒026-0043 釜石市新町 6-50 釜石保健所 保健課 行	釜石市・大槌町	0193-25-2 710 内線 346
〒027-0072 宮古市五月町 1-20 宮古保健所 保健課 行	宮古市・山田町・ 岩泉町・田野畑村	0193-64-2 218
〒028-8042 久慈市八日町 1-1 久慈保健所 保健課 行	久慈市・洋野町・ 野田村・普代村	0194-66-9 680
〒028-6103 二戸市石切所字荷渡 6-3 二戸保健所 保健課 行	二戸市・軽米町・ 九戸村・一戸町	0195-23-9 206