

兵庫県特定医療費支給認定実施要綱 一部改正 新旧対照表

変更点は下線部

新	旧
<p>兵庫県特定医療費支給認定実施要綱</p>	<p>兵庫県特定医療費支給認定実施要綱</p>
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令の定めるところによるほか、本要綱をもって支給認定の適正な実施を図ることとする。</p>	<p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令の定めるところによるほか、本要綱をもって支給認定の適正な実施を図ることとする。</p>
<p>第1 定義（略）</p>	<p>第1 定義（略）</p>
<p>第2 実施主体（略）</p>	<p>第2 実施主体（略）</p>
<p>第3 特定医療の対象</p> <p>1 特定医療の対象となる者</p> <p>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。</p> <p><u>(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</u></p> <p><u>(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</u></p> <p><u>(削除)</u></p>	<p>第3 特定医療の対象</p> <p>1 特定医療の対象となる者</p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>(2) 平成29年12月31日までの間においては、特定医療の対象となる者は、(1)に該当する者のほか、平成26年12月31日において特定疾患治療研究事業（「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日付け衛発第242号公衆衛生局長通知)における「特定疾患治療研究事業」をいう。以下同じ。）による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、かつ、その病状の程度が当該療養を継続する必要があるものとして特定疾患治療研究事業の対象疾患ごとの認定基準に該当する者とする。</u></p>
<p>2 特定医療費の支給対象</p> <p>(1)（略）</p>	<p>2 特定医療費の支給対象（略）</p> <p>(1)（略）</p>

(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4 支給認定の要件等

1 所得区分

(略)

(1)・(2) (略)

(削除)

(削除)

(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

(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

第4 支給認定の要件等

1 所得区分

(略)

(1)・(2) (略)

(3) (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、受診者が難病療養継続者(平成26年12月31日において特定疾患治療研究事業による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、法の施行の日から継続して受診者である者をいう。以下同じ。)に該当するときには、平成29年12月31日までの間は、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(療養継続)Ⅰ | 負担上限月額 | 5,000円 |
| ⑤' 一般所得(療養継続)Ⅱ | 負担上限月額 | 10,000円 |
| ⑥' 上位所得(療養継続) | 負担上限月額 | 20,000円 |

(4) (1)の所得区分のうち「③低所得Ⅱ」、「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が難病療養継続者であって、かつ、特定疾患治療研究事業における重症患者(以下「重症認定患者」という。)に該当する場合には、平成29年12月31日までの間は、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。

- | | | |
|--------------|--------|--------|
| ③' 低所得(重症)Ⅱ | 負担上限月額 | 2,500円 |
| ④' 一般所得(重症)Ⅰ | 負担上限月額 | 5,000円 |
| ⑤' 一般所得(重症)Ⅱ | 負担上限月額 | 5,000円 |
| ⑥' 上位所得(重症) | 負担上限月額 | 5,000円 |

(5) 所得区分のうち「①生活保護」以外の場合において、(1)から(4)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

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知事による認定を受けた者)であると知事が認める場合には、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

2 各所得区分の所得の内容等

(1)～(9) (略)

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

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都道府県による認定を受けた者)であると都道府県知事が認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。

(6) 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1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(5)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)～(9) (略)

(10) 1(3)の所得区分のうち「④'一般所得(療養継続)Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、難病療養継続者である場合であるものとする。

(11) 1(3)の所得区分のうち「⑤'一般所得(療養継続)Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であるものとする。

(12) 1(3)の所得区分のうち、「⑥'上位所得(療養継続)」の対象となるのは、「⑥上位所得」の対象のうち、難病療養継続者であるものとする。

(13) 1(4)の所得区分のうち、「③'低所得(重症)Ⅱ」の対象となるのは、「③低所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(14) 1(4)の所得区分のうち、「④'一般所得(重症)Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(削除)

(削除)

(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4の3（5）及び第6の3に基づくこととなる。

3 支給認定世帯

(1)～(4) (略)

(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6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必要に応じて再確認を行う。

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、地方税法及航空機燃料贈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)・(7) (略)

第5 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。

1 申請に当たっては、新規申請書に指定医（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。）、被保険者証等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、知事あて申請さ

(15) 1 (4) の所得区分のうち、「⑤' 一般所得（重症）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤' 一般所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(16) 1 (4) の所得区分のうち、「⑥' 上位所得（重症）」の対象となるのは、「⑥' 上位所得」のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(17) (4) から (16) 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4の3（5）及び第6の3に基づくこととなる。

3 支給認定世帯

(1)～(4) (略)

(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6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必要に応じて再確認を行う。

(6)・(7) (略)

第5 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、新規申請書に指定医（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。）、被保険者証等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、知事に申請する

せる。

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。）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（医療費申告書（様式第9号）等とする。）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6の1（2）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、第4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、知事あて申請させる。

2 （略）

3 知事は、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。

知事は、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。

（削除）

ものとする。

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。）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（医療費申告書（様式第9号）等とする。）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6の1（2）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、重症認定患者の認定に係る申請に当たっては、重症患者認定申請書（様式第6号）及び医師が作成した重症であることを証明する重症認定診断書（様式第7号）を、第4の1（6）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、知事に申請するものとする。

2 （略）

3 知事は、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。

知事は、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。

4 難病療養継続者に該当する者として支給認定の申請を受理した場合は、3に準じて、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 受診者が平成26年12月31日時点で、特定疾患治療研究事業の医療費の支給に係る疾病であった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、平成26年12月31日時点で、特定疾患治療研究事業に係る病状の程度に関する基準を満たしていること。

都道府県は、受診者が当該要件を満たしていないと考えられる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、指定難病審査会に対し、審査を求めること。

第6 支給認定

1 支給認定の手続

(1) 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、特定医療費受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付する。

また、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、申請者に却下の通知書（様式第12号）を交付する。

(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4の1に定める負担上限月額の認定を行った上で、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。また、必要に応じ特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票（様式第13号。以下「管理票」という。）を受給者に交付する。

(3) 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（5）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。）に関する費用に限る。

(4) 支給認定の有効期間は、申請書を健康福祉事務所又は中核市保健所が受理した日から、以下の各号に定める日までとする。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3月を超えない範囲内において知事が定める期間とする。

① 平成30年7月31日までに受理した新規申請は、申請書受理後最初に到来する9月30日

② 上記以外の者は、申請書受理後最初に到来する10月31日

(5) 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。

(6) 紛失等により、受給者証の再交付の申請を行うときには、特定医療費受給者証再交付申請書（様式第8号）を知事あて速やかに提出させる。知事は、受給者から受給者証の再交付の申請があり適当と認めるときは、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知事に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

(7) 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又は神戸市に居住地を移したとき、その他支給認定を行う理由がなくなったときは、特定医

第6 支給認定

1 支給認定の手続

(1) 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、特定医療費受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付すること。

また、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、健康福祉事務所長を通じて、申請者に却下の通知書（様式第12号）を交付すること。

(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4の1に定める負担上限月額の認定を行った上で、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。また、必要に応じ指定難病に係る医療費管理票（別紙様式第8号。以下「管理票」という。）を受給者に交付すること。

(3) 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（5）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。

(4) 支給認定の有効期間は、申請書を健康福祉事務所又は政令市保健所（神戸市においては、各区保健福祉部、尼崎市においては各地域支所とする。）が受理した日から、以下の各号に定める日までとする。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3月を超えない範囲内において知事が定める期間とする。

① 平成26年12月31日において特定疾患治療研究事業による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、かつ、その病状の程度が当該療養を継続する必要があるものとして特定疾患治療研究事業の対象疾患ごとの認定基準に該当する者は、申請書受理後最初に到来する12月31日

② 上記以外の者は、申請書受理後最初に到来する9月30日

(5) 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こと。

(6) 紛失等により、受給者証の再交付を受けようとする者は、特定医療費受給者証再交付申請書（様式第8号）を知事に速やかに提出すること。知事は、受給者から受給者証の再交付の申請があったとき適当と認めるときは、受給者証を再交付すること。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知事に返還しなければならない旨を申し添えるものとすること。

(7) 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

療費（指定難病）受給者証返還届（様式第11号）を提出させるとともに、受給者証を速やかに知事あて返還させる。

2 支給認定世帯の所得の認定

(1) (略)

(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4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4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) (略)

3 支給認定世帯の所得区分の認定 (略)

4 指定難病審査会における判定

第5の3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、知事に判定の結果を報告する。

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。ただし、支給認定世帯において、税制上、他の者に扶養されており非課税であることが確認できる場合は、この限りでない。

居住地を移したとき、その他支給認定を行う理由がなくなったときは、特定医療費（指定難病）受給者証返還届（様式第11号）を提出するとともに、受給者証を速やかに知事に返還すること。

2 支給認定世帯の所得の認定

(1) (略)

(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4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、本要綱第4の1（3）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（療養継続）Ⅱ」として、本要綱第4の1（4）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（重症）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4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、本要綱第4の1（3）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（療養継続）Ⅰ」として、本要綱第4の1（4）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（重症）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し、本要綱第4の1（4）に該当する場合は所得区分を「③'低所得（重症）Ⅱ」として取り扱うこととする。

(3) (略)

3 支給認定世帯の所得区分の認定 (略)

4 指定難病審査会における判定

第5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、知事に判定の結果を報告すること。

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。

6 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。
- (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。
- (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。
- (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。

7 支給認定の変更

- (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書（様式第4号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、受給者証を添えて提出させることとする。
なお、申請書及び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）及び受療を希望する指定医療機関、支給認定に係る指定難病の名称のみとし、これら以外の変更については、特定医療費（指定難病）受給者証記載事項変更届（様式第5号）をもって届出させることとする。
- (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（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、新たな管理票を交付すること。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（様式第12号）

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。

6 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。

7 支給認定の変更

- (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書（様式第4号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、受給者証を添えて提出させることとする。
なお、申請書及び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し、これら以外の変更については、特定医療費（指定難病）受給者証記載事項変更届（様式第5号）をもって届出させることとする。
- (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票を交付すること。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（様式第12号）を申請者に交付する。

を申請者に交付する。

(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、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の通知書を申請者に交付する。

8 他の都道府県又は神戸市からの移転者にかかる取り扱い

受給者証を所持する者が、他の都道府県又は神戸市から兵庫県（神戸市を除く。）に移転し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入前に交付を受けていた当該受給者証の写し及び申請者の住所地が確認できる書類（住民票の写し等）を新規申請書に添付し、知事あて提出させる。

9 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、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）（様式第2号）に臨床調査個人票、被保険者証等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、知事あて申請させる。知事は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の可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、本要綱第6の1（1）の却下手続に準じて通知書を交付する。

第7 特定医療の受診

1 負担上限月額管理の取扱い

（削除）

（1）管理票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票を医療機関に提示する。

（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（又は診療報酬点数）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。

(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、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の通知書を申請者に交付すること。

8 兵庫県外からの転入者にかかる取り扱い

受給者証を所持する者が、兵庫県外から兵庫県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には特定医療費支給認定申請書（様式第1号）又は特定医療費受給者証再交付申請書（様式第8号）に転入前に交付を受けていた当該受給者証の写し及び申請者の住所地が確認できる書類（住民票の写し等）を添付し、知事に提出すること。

9 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、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）（別紙様式第2号）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。）、被保険者証等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、知事に申請するものとする。知事は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の可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こと。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、本要綱第6の1（1）の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第7 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、必要に応じて管理票を交付すること。

（2）管理票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票を医療機関に提示すること。

（3）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、自己負担額及びその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（又は診療報酬点数）については引き続き記載する。

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ない。

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る。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。

(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。

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、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養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、食事療養費及び生活療養費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及び生活療養費分を支払わないこととなる。）。

ただし、難病療養継続者の入院時の食事療養及び生活療養については、平成29年12月31日までの間は、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額の2分の1を特定医療費として支払うこととする（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となるが、医療保険が優先して適用されるため、医療保険に加入している難病療養継続者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分の2分の1を特定医療費として支給することとなる。）。

一方、食事療養費等減免者については、入院時の食事療養及び生活療養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及び生活療養費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、入院時の食事療養及び生活療養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る。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8 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知事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。

なお、受給者が既に支払い済みの特定医療費の療養費払いを必要とするときは、特定医療費等請求書（様式第10号）により、知事あて請求するものとし、知事はその内容が適当と認めるときは、速やかに支払うものとする。

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。

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。

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。

第9 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 書類の受理等

この要綱の規定により、知事に提出する書類は、住所地を管轄する健康福祉事務所長及び中核市保健所長を経由して提出するものとする。

第8 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知事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。

なお、受給者が既に特定医療費の支払を終わっている場合等療養費払いを必要とするときは、特定医療費等請求書（様式第10号）により、知事あて請求するものとし、知事はその内容が適当と認めるときは、速やかに支払うものとする。

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、公示すること。

また、指定医療機関の一覧を公示するとともに、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こと。

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こと。

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こと。

第9 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 書類の受理等

この要綱の規定により、知事に提出する書類は、住宅地を管轄する健康福祉事務所長及び政令市保健所長（神戸市においては、各区保健福祉部長、尼崎市においては、各保健センタ

<p>附則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p>附則 <u>この要綱は、平成30年4月1日から施行する。</u></p>	<p><u>一所長とする)</u>を経由して提出するものとする。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p>
--	---