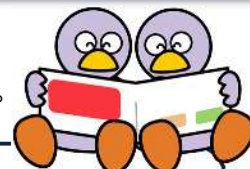


指定難病の医療給付に係る 支給認定(新規)申請の手引

指定難病に係る医療給付を受けるには、支給認定の申請を行い埼玉県から認定を受ける必要がありますので、この手引をお読みいただいた上で申請してください。



埼玉県マスコット「コバトン」

目次

指定難病に係る医療給付制度 -----	1
支給認定申請から医療受給者証交付までの概要.....	1
医療受給者証有効期間（医療給付が受けられる期間）.....	1
医療給付の内容.....	2
限度額適用認定証について.....	2
指定難病一覧（341疾病・50音順）.....	3
支給認定申請 -----	7
支給認定申請ができる方・申請の受付窓口.....	7
認定基準.....	7
自己負担上限月額算定の算定.....	9
支給認定申請に必要な書類・記入例 -----	11
支給認定申請に必要な書類一覧.....	11
支給認定申請書の記入例.....	12
証明書類の注意事項.....	14
健康保険証と課税証明書のフローチャート.....	15
収入状況申告書について.....	16
個人番号（マイナンバー）について.....	17
助成開始時期の遡りについて -----	20
登録者証について（令和6年4月開始） -----	21
申請手続中（医療受給者証交付前）の注意事項 -----	21
医療受給者証交付後の注意事項 -----	23
参考 -----	24
支給認定申請等の受付窓口一覧 -----	27
	（裏表紙）

※ この制度は「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」に基づくものです。

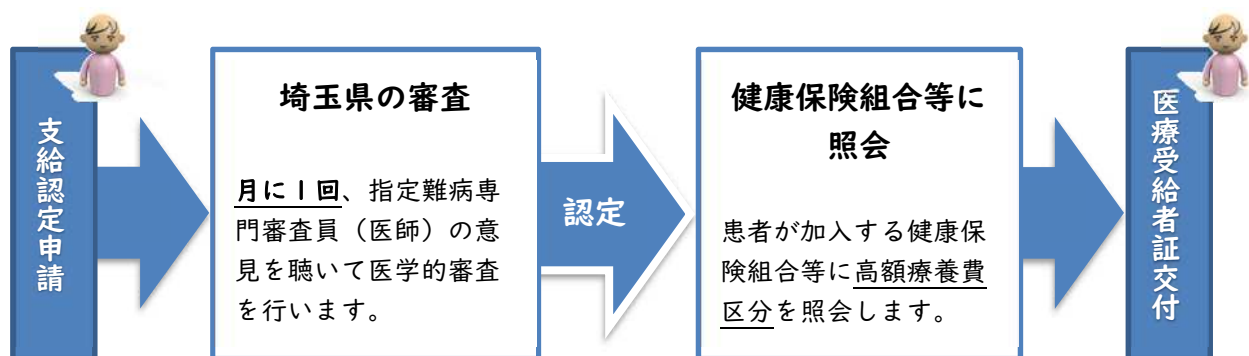
指定難病に係る医療給付制度

原因が不明で治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、厚生労働大臣が指定する疾病を「指定難病」といい、現在341疾病（3～6頁参照）が指定されています。

指定難病は、治療が極めて困難であり、その医療費も高額に及ぶため、患者さんの医療費の負担軽減を目的として、一定の認定基準を満たしている方に指定難病の治療に係る医療費の一部を助成しています。

支給認定申請から医療受給者証交付までの概要

埼玉県（住所地を管轄する保健所）に支給認定申請を行い、支給認定を受けて医療受給者証の交付を受けた方（以下「受給者」といいます。）が医療給付の対象になります（7～10頁参照）。



健康保険組合等への照会等の事務処理を行うため、医療受給者証の交付までには2か月～3か月程度かかります。また、審査の結果、不認定となる場合があります。不認定になった場合は、認定基準を満たさないと判断された理由を記載した通知を送付します。

医療受給者証有効期間（医療給付が受けられる期間）

有効期間の開始日

令和5年10月1日から難病医療費助成制度が変わり、有効期間の開始日は「申請日」から「重症度分類を満たしていることを診断した日等」へ前倒し可能になりました。

ただし、遡り期間は原則として申請日から1か月となります（やむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。）。

有効期間の終了日

有効期間の終了日は埼玉県（住所地を管轄する保健所）が申請を受付した日より次のようになります。

埼玉県が支給認定申請を受付した日	有効期間の終了日
1月1日 から 6月30日まで	申請した年の 9月30日まで
7月1日 から 12月31日まで	申請した <u>翌年</u> の 9月30日まで

（注）有効期間満了後も継続して医療給付を希望される方は継続申請手続が必要になります（受給者の方には、毎年5月下旬～6月頃にお知らせを郵送しています。届かない場合は管轄の保健所へお問い合わせください。）。

医療給付の内容

医療給付は、難病法に基づく指定医療機関（23頁参照）で行われた次の医療等に限られます。

対象となる医療の範囲	<u>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等</u>
医療の給付の内容	健康保険を使用した「入院、外来、薬剤の支給、訪問看護」
介護の給付の内容	訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、 介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、 介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、 介護医療院サービス

次の費用は、医療給付の対象にはなりませんのでご注意ください。

- × 受給者証に記載された病名以外の病気やけがによる医療費
- × 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
- × 健康保険が適用されない医療費
(保険診療外の治療・調剤、入院時の差額ベッド代など)
- × 介護保険での訪問介護の費用
- × 臨床調査個人票、療養証明書等の文書料
- × 治療用装具
- × はり、灸、あんま、マッサージの費用
- × 医療機関までの交通費、移送費

受給者は、受診等をした全ての指定医療機関における自己負担額(窓口での支払額)を合算し、自己負担上限月額を限度として負担することになります(申請時にご提出いただく書類をもとに自己負担上限月額を算定します。9頁参照)。

なお、複数の指定医療機関における自己負担額を管理するために、医療受給者証の交付時に自己負担上限月額管理票を併せて送付します。受診の際は、医療受給者証と自己負担上限月額管理票を医療機関の窓口にご提出ください。

限度額適用認定証について

医療受給者証交付までの間、入院等により高額な医療費の自己負担が生じる場合には、加入されている健康保険組合等に申請し、「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けることをお勧めします。

この制度を利用すると、ご家族の所得状況に応じて医療機関窓口における支払の上限額が設定されますので、高額な医療費の一時的な負担を軽減することができます。

手続の詳細は、加入されている健康保険組合等にお問合せください。

指定難病一覧（341疾病・50音順）

※太字は令和6年4月1日適用です。

告示番号	指定難病名
ア	135 アイカルディ症候群
	119 アイザックス症候群
	66 IgA腎症
	300 I g G 4 関連疾患
	24 亜急性硬化性全脳炎 ※略称SSPE
	46 悪性関節リウマチ
	83 アジソン病
	303 アッシャー症候群
	116 アトピー性脊髄炎
	182 アペール症候群
	297 アラジール症候群
	231 α 1-アンチトリプシン欠乏症
	218 アルポート症候群
	131 アレキサンダー病
	201 アンジェルマン症候群
184 アントレー・ピクスラー症候群	
イ	247 イソ吉草酸血症
	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
	197 I p 36欠失症候群
	325 遺伝性自己炎症疾患
	120 遺伝性ジストニア
	115 遺伝性周期性四肢麻痺
	298 遺伝性膵炎
286 遺伝性鉄芽球性貧血	
ウ	175 ウィーバー症候群
	179 ウィリアムズ症候群
	171 ウィルソン病
	145 ウエスト症候群
	191 ウェルナー症候群
	233 ウォルフラム症候群
	29 ウルリッヒ病
エ	26 H T L V - 1 関連脊髄症 ※略称HAM
	123 H T R A 1 関連脳小血管病
	180 A T R - X 症候群
	168 エーラス・ダンロス症候群
	287 エプスタイン症候群
	217 エプスタイン病
	204 エマヌエル症候群
	339 M E C P 2 重複症候群
	30 遠位型ミオパチー
	オ
301 黄斑ジストロフィー	
146 大田原症候群	

告示番号	指定難病名
オ	170 オクシピタル・ホーン症候群
	227 オスラー病
カ	232 カーニー複合
	141 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
	97 潰瘍性大腸炎
	79 家族性高コレステロール血症（転接合体）
	266 家族性地中海熱
	336 家族性低 β リポタンパク血症 I（ホモ接合体）
	161 家族性良性慢性天疱瘡
	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
	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
	307 カナバン病
	269 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
	187 歌舞伎症候群
	258 ガラクトース-1-リン酸ウリドトランスフェラーゼ欠損症
	316 カルニチン回路異常症
	257 肝型糖原病
	226 間質性膀胱炎（ハンナ型）
	150 環状20番染色体症候群
	209 完全大血管転位症
	164 眼皮膚白皮症
キ	236 偽性副甲状腺機能低下症
	219 ギャロウェイ・モフト症候群
	I 球脊髄性筋萎縮症
	220 急速進行性糸球体腎炎
	271 強直性脊椎炎
	41 巨細胞性動脈炎
	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）
	100 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
	278 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
	256 筋型糖原病
	113 筋ジストロフィー
	2 筋萎縮性側索硬化症 ※略称ALS
ク	75 クッシング病
	106 クリオピリン関連周期熱症候群
	281 クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
	181 クルーゾン症候群
	248 グルコーストランスporter I 欠損症
249 グルタル酸血症 I 型	

告示番号	指定難病名	
ク	250 グルタル酸血症2型	
	96 クローン病	
	16 クロウ・深瀬症候群	
	289 クロンカイト・カナダ症候群	
ケ	129 痙攣重積型（二相性）急性脳症	
	158 結節性硬化症	
	42 結節性多発動脈炎	
	64 血栓性血小板減少性紫斑病 ※略称TTP	
	94 原発性硬化性胆管炎	
	262 原発性高カイロミクロン血症	
	4 原発性側索硬化症	
	93 原発性胆汁性胆管炎	
	65 原発性免疫不全症候群	
	48 原発性抗リン脂質抗体症候群	
	137 限局性皮質異形成	
	43 顕微鏡的多発血管炎	
	コ	267 高IgD症候群
98 好酸球性消化管疾患		
45 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症		
306 好酸球性副鼻腔炎		
221 抗糸球体基底膜腎炎		
69 後縦靭帯骨化症		
80 甲状腺ホルモン不応症		
59 拘束型心筋症		
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		
283 後天性赤芽球癆		
70 広範脊柱管狭窄症		
332 膠様滴状角膜ジストロフィー		
192 コケイン症候群		
104 コステロ症候群		
274 骨形成不全症		
199 5p欠失症候群		
185 コフィン・シリズ症候群		
176 コフィン・ローリー 症候群		
52 混合性結合組織病		
サ		60 再生不良性貧血
		190 鰓耳腎症候群
	55 再発性多発軟骨炎	
	211 左心低形成症候群	
	84 サルコイドーシス	
	212 三尖弁閉鎖症	
	317 三頭酵素欠損症	
シ	53 シェーグレン症候群	
	103 CFC症候群	

告示番号	指定難病名
シ	159 色素性乾皮症 ※略称XP
	32 自己貪食空胞性ミオパチー
	95 自己免疫性肝炎
	61 自己免疫性溶血性貧血 ※略称AIHA
	288 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症（**）
	260 シトステロール血症
	318 シトリン欠損症
	224 紫斑病性腎炎
	265 脂肪萎縮症
	107 若年性特発性関節炎
	304 若年発症型両側性感音難聴
	10 シャルコー・マリー・トウス病
	11 重症筋無力症
	208 修正大血管転位症
	177 ジュベール症候群関連疾患
	33 シュワルツ・ヤンペル症候群
	154 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
	138 神経細胞移動異常症
	125 神経軸索スライト形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
	34 神経線維腫症
	9 神経有棘赤血球症
	5 進行性核上性麻痺
	338 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
	272 進行性骨化性線維異形成症 ※略称FOP
	25 進行性多巣性白質脳症 ※略称PML
	308 進行性白質脳症
	309 進行性ミオクロームステんかん
	214 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
	213 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
ス	38 スティーヴンス・ジョンソン症候群
	157 スタージ・ウェーバー症候群
	202 スミス・マギニス症候群
セ	54 成人発症スチル病
	206 脆弱X症候群
	205 脆弱X症候群関連疾患
	117 脊髄空洞症
	18 脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く。）
	118 脊髄髄膜瘤
	3 脊髄性筋萎縮症
	319 セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症
	328 前眼部形成異常
	28 全身性アミロイドーシス
	49 全身性エリテマトーデス ※略称SLE
	51 全身性強皮症
	310 先天異常症候群
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	

（**）自己免疫性後天性凝固第X因子欠乏症は、指定難病288（自己免疫性後天性凝固因子欠乏症）に統合されました。

告示番号	指定難病名
セ	311 先天性三尖弁狭窄症
	312 先天性僧帽弁狭窄症
	294 先天性横隔膜ヘルニア
	132 先天性核上性球麻痺
	330 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
	160 先天性魚鱗癬
	12 先天性筋無力症候群
	225 先天性腎性尿崩症
	282 先天性赤血球形成異常性貧血
	139 先天性大脳白質形成不全症
	313 先天性肺静脈狭窄症
	82 先天性副腎低形成症
	81 先天性副腎皮質酵素欠損症
	111 先天性ミオパチー
	130 先天性無痛無汗症
	253 先天性葉酸吸収不全
	127 前頭側頭葉変性症
	340 線毛機能不全症候群（カルケナ-症候群を含む。）
	ソ
207 総動脈幹遺残症	
293 総排泄腔遺残	
292 総排泄腔外反症	
194 ソトス症候群	
タ	284 ダイヤモンド・ブラックファン貧血
	200 第14番染色体父親性ダイソミー症候群
	7 大脳皮質基底核変性症
	326 大理石骨病
	40 高安動脈炎
	17 多系統萎縮症
	275 タナトフォリック骨異形成症
	67 多発性嚢胞腎
	44 多発血管炎性肉芽腫症
	13 多発性硬化症／視神経脊髄炎
	188 多脾症候群
	261 タンジール病
	210 単心室症
	166 弾性線維性仮性黄色腫
	296 胆道閉鎖症
チ	305 遅発性内リンパ水腫
	105 チャージ症候群
	134 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
	39 中毒性表皮壊死症
	101 腸管神経節細胞僅少症
テ	172 低ホスファターゼ症
	108 TNF受容体関連周期性症候群
	341 TRPV4異常症
	35 天疱瘡

告示番号	指定難病名
ト	57 特発性拡張型心筋症
	85 特発性間質性肺炎
	27 特発性基底核石灰化症
	63 特発性血小板減少性紫斑病
	327 特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
	163 特発性後天性全身性無汗症
	331 特発性多中心性キャスルマン病
	71 特発性大腿骨頭壊死症
	92 特発性門脈圧亢進症
	140 ドラベ症候群
ナ	268 中條・西村症候群
	174 那須・ハコラ病
	276 軟骨無形成症
	153 難治頻回部分発作重積型急性脳炎
ニ	203 22q11.2欠失症候群
	295 乳幼児肝巨大血管腫
	251 尿素サイクル異常症
ヌ	195 ヌーナン症候群
ネ	315 ネルバテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症
	335 ネフロン癆
ノ	334 脳クレアチン欠乏症候群
	263 脳腱黄色腫症
	121 脳内鉄沈着神経変性症
	122 脳表ヘモジデリン沈着症
	37 膿疱性乾癬（汎発型）
299 嚢胞性線維症	
ハ	6 パーキンソン病
	47 バージャー病
	87 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
	86 肺動脈性肺高血圧症
	230 肺胞低換気症候群
	229 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
	333 ハッチンソン・ギルフォード症候群
	91 バッド・キアリ症候群
	8 ハンチントン病
	ヒ
165 肥厚性皮膚骨膜炎	
124 皮下下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	
114 非ジストロフィー性ミオトニー症候群	
152 PCDH19関連症候群	
58 肥大型心筋症	
239 ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	
238 ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	
314 左肺動脈右肺動脈起始症	
128 ビッカースタッフ脳幹脳炎	
109 非典型溶血性尿毒症症候群	
290 非特異性多発性小腸潰瘍症	

告示番号	指定難病名
ヒ	50 皮膚筋炎／多発性筋炎
	36 表皮水疱症
	291 ヒルシュブルグ病（全結腸型又は小腸型）
フ	183 ファイファー症候群
	215 ファロー四徴症
	285 ファンコニ貧血
	173 VATER症候群
	15 封入体筋炎
	240 フェニルケトン尿症
	255 複合カルボキシラーゼ欠損症
	235 副甲状腺機能低下症
	20 副腎白質ジストロフィー
	237 副腎皮質刺激ホルモン不応症
	110 ブラウ症候群
	193 プラダー・ウィリ症候群
	23 プリオン病
	245 プロピオン酸血症
ヘ	228 閉塞性細気管支炎
	322 β -ケトチオラーゼ欠損症
	56 ベーチェット病
	31 ベスレムミオパチー
	126 ペリー病
	234 ヘルマンソム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
	136 片側巨脳症
	149 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
ホ	323 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
	62 発作性夜間ヘモグロビン尿症
	337 ホモシチン尿症
	254 ポルフィリン症
マ	112 マリネスコ・シェーグレン症候群
	167 マルフアン症候群/ロイス・ディーツ症候群
	88 慢性血栓性肺高血圧症
	14 慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多単性運動ニューロパチー
	270 慢性再発性多発性骨髄炎
99 慢性特発性偽性腸閉塞症	
ミ	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
	21 ミトコンドリア病
ム	329 無虹彩症
	189 無脾症候群
	264 無 β リポタンパク血症
メ	244 メープルシロップ尿症
	246 メチルマロン酸血症
	324 メチルグルタコン酸尿症
	133 メビウス症候群
	169 メンケス病

告示番号	指定難病名
モ	90 網膜色素変性症
	22 もやもや病
	178 モワット・ウィルソン症候群
ヤ	196 ヤング・シン普森症候群
ユ	148 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
ヨ	198 4p欠失症候群
ラ	19 ライソゾーム病
	151 ラスムッセン脳炎
	155 ランドウ・クレフナー症候群
リ	252 リジン尿性蛋白不耐症
	216 両大血管右室起始症
	277 リンパ管腫症/ゴーハム病
	89 リンパ脈管筋腫症 ※略称LAM
ル	162 類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
	102 ルビンシュタイン・テイビ症候群
レ	302 レーベル遺伝性視神経症
	259 レチノコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
	156 レット症候群
	144 レノックス・ガスター症候群
ロ	186 ロスムンド・トムソン症候群
	273 肋骨異常を伴う先天性側弯症

参考

【埼玉県難病相談支援センター】

埼玉県では2か所に難病相談支援センターを設けています（申請手続等は各保健所にお問合せください。）

●医療に関する相談など

難病相談支援員が、難病の患者さんやご家族の相談に応じています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

TEL) 048-768-3351

FAX) 048-768-2305

埼玉県難病相談支援センター 🔍

●生活相談・就労相談など

ピアサポーター（難病患者やその家族など）が患者会の紹介、日常生活の相談やピアカウンセリング等を行っています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

TEL&FAX) 048-834-6674

埼玉県 障難協 🔍



埼玉県マスコット「コバトン」

支給認定申請

支給認定申請ができる方・申請の受付窓口

【支給認定申請ができる方】

次の要件全てに該当する場合に支給認定申請を行うことができます。

なお、**患者が18歳未満の場合は保護者が申請者になります。**

- 指定難病にり患している
- 埼玉県内に住所がある（さいたま市を除く）

【受付窓口】 住所地を管轄する保健所（裏表紙参照）

【受付時間】 平日午前8時30分～午後5時15分

申請に必要な書類については
11～19頁をご覧ください。

※ さいたま市にお住まいの方は、さいたま市が医療給付に係る事務を管轄しています。各種申請等のお手続については、さいたま市保健所までお問合せください。

※ 18歳未満の方は「小児慢性特定疾病医療費助成制度」に該当する場合がありますので、そちらもご確認ください。

埼玉県 小児慢性特定疾病 🔍



認定基準

支給認定の対象になるのは、次の1又は2のいずれかを満たす方となります。

1 指定難病にり患しており、病状の程度が医学的審査の基準を満たす。（注）

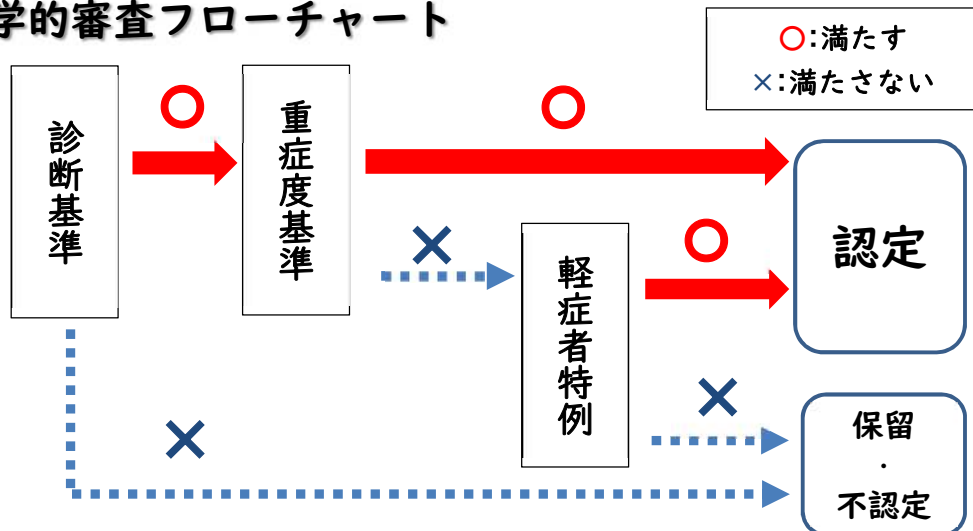
注）指定難病ごとに診断基準と重症度基準の2つの基準が設けられています。各保健所の窓口で配布しているほか、厚生労働省又は埼玉県のホームページからもダウンロードできます。

2 軽症者特例に該当する。（※次の①②ともに該当する）

① 指定難病にり患しているが、病状の程度が医学的審査の基準（重症度基準）を満たさない。

② 医療費を考慮する期間において指定難病に係る医療費総額（10割負担額）が33,330円（自己負担額ではありません。）を超える月が3月以上ある。

医学的審査フローチャート



○軽症者特例の「医療費を考慮する期間」

医療費を考慮する期間とは次のア・イのいずれか短い期間をいいます。この期間以外は対象となりませんのでご注意ください。

- ア 支給認定申請した月から起算して12か月前の月までの期間
- イ 指定難病を発症した年月から支給認定申請した月までの期間

【医療費を考慮する期間の例】

- 支給認定申請をした日：西暦2024年 5月15日
- 指定難病を発症した年月：西暦2023年10月 ※ 臨床調査個人票の基本情報「発症時期」に基づきます。

⑫	⑪	⑩	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
6月	7月	8月	9月	10月	11月	2023年 12月	2024年 1月	2月	3月	4月	5月
12月前				発症							申請

アの期間：2023年6月～2024年5月

イの期間：2023年10月～2024年5月

短い期間
を適用

【医療費を考慮する期間】
2023年10月～2024年5月

○軽症者特例の「医療費総額33,330円」

医療費総額とは、指定難病の治療等（診察や投薬など）にかかった医療費（10割分）をいいます。患者が加入している健康保険の自己負担割合ごとの「医療費総額33,330円」の目安は以下のとおりです。

患者が加入している健康保険の自己負担割合	1か月の自己負担額の合計（目安）
3割	10,000円
2割	6,670円
1割	3,330円

軽症者特例に該当する者として申請を行う場合、医療費を考慮する期間において医療費総額33,330円を超える月の医療費申告書を3月分記入して申告していただく必要があります（記入した医療費に係る領収書等（コピー可）の添付も必要です。）。

【医療費申告書の記入例】

令和〇〇年 5月分 医療費申告書

住所 〇〇市△△-1

指定難病である 〇〇〇〇病
※かかっている疾病名

病院や薬局が発行した領収書等の
保険点数合計欄の点数の10倍
(合計金額が記載されている場合はその金額)を記入

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医薬品名など	かかった医療費(円) (10割分)
10日	□△内科クリニック	診療、検査、処方、 手術、注射など	5,520円
12日	〇×薬局	〇〇×× (薬の名称など)	28,740円

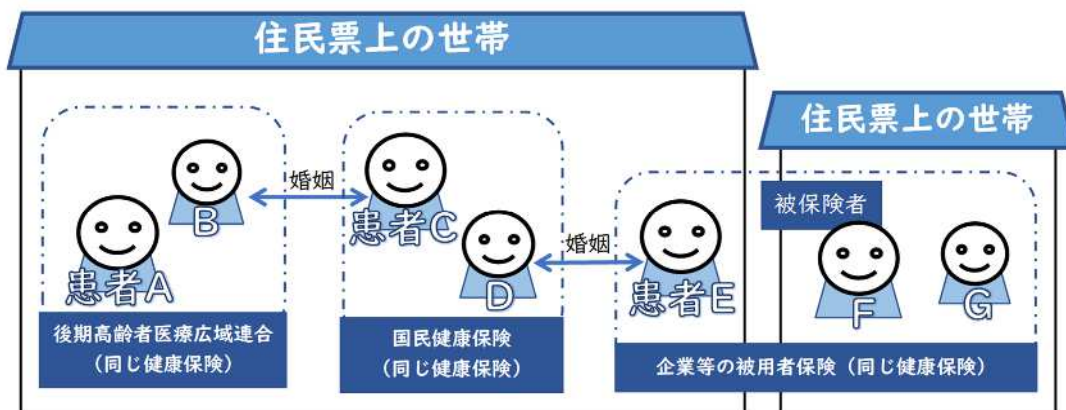
病院や診療所で受けた治療等の
概要をわかる範囲で簡単に記入

自己負担上限月額算定の算定

自己負担上限月額は、支給認定基準世帯員等（患者と同じ健康保険に加入している方等）の市町村民税（所得割額）に応じて次頁の表のように算定します。

○支給認定基準世帯員等の考え方

いくつかの例外はありますが、基本的に患者と同じ健康保険に加入している方が、支給認定基準世帯員等（市町村民税（所得割額）などを確認する対象）になります。下図の例では、



後期高齢者医療広域連合の場合：患者AとB

国民健康保険の場合：患者CとD

企業等の被用者保険の場合：被保険者Fと患者E (Fが非課税の場合)

が確認する対象（算定対象）になります。

○自己負担上限月額算定方法

患者が加入する健康保険の種類などに基づいて次のような算定を行います。

必要な書類については11～16頁をご覧ください

●算定対象の方のうち、いずれか方又は全員が市町村民税課税（均等割のみ課税も含む）

	患者が加入している健康保険	算定方法
ア	国民健康保険（市町村国保）	患者及び患者と同じ健康保険に加入している方全員の市町村民税（所得割額）を合計して10頁の表に適用
	後期高齢者医療広域連合	
	国民健康保険組合	
※ 患者が18歳未満で保護者が後期高齢者医療広域連合加入の場合は、保護者も算定対象になります。		
イ	ア以外の被用者保険	被保険者の市町村民税（所得割額）を10頁の表に適用 ※ 被保険者が非課税で患者が課税の場合は患者の市町村民税（所得割額）を10頁の表に適用

●算定対象の方全員が市町村民税非課税（所得割及び均等割ともに非課税）

申請者（患者又は保護者）の収入（注）を10頁の表に適用

（注）市町村民税非課税証明書に記載されている「合計所得額と公的年金等収入額」及び遺族年金、障害年金などの年額を合計した額

●その他

「申請した指定難病とは別の疾病で小児慢性特定疾病の支給認定を受けている方」、または、「患者と同じ健康保険に加入している方が指定難病又は小児慢性特定疾病の支給者に該当する場合」は、自己負担上限月額の按分を行いますので申請の際に申し出てください。

○自己負担上限月額表

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割（注1）		
			自己負担上限月額（外来+入院+薬代+介護給付費）		
			一般	高額かつ長期 （注2）	人工呼吸器等 装着者（注3）
生活保護	—		0円	0円	0円
低所得Ⅰ	市町村民税	本人収入 ～80万円	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ	非課税（世帯）	本人収入 80万円超	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税 所得割額	7.1万円未満	10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税 所得割額	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 所得割額	25.1万円以上	30,000円	20,000円	
入院時の食費			（全額自己負担）		

（注1） **患者負担割合は原則2割**（健康保険の自己負担割合が1割の方は1割のまま）。

（注2） **高額かつ長期**は、支給認定後、又は、過去1年以内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちだった方において、月ごとの指定難病に係る医療費総額*が5万円を超える月数が申請月含め12月以内（有効期間内）に6月（6回）以上ある場合に適用されます。

* 支給認定を受けた指定難病に係る医療費・介護サービス費（特定医療費）の10割分（23頁を参照）をいいます。なお、療養費の還付対象（21頁）になる医療費総額も含まれます。

（注3） **人工呼吸器等装着者***は、次の要件を満たす方に適用されます（臨床調査個人票の人工呼吸器等に係る欄の記載により判断しますので、難病指定医に記載を依頼してください。）。

*** 指定難病に起因して人工呼吸器等を装着している場合に限られます。**

< 指定難病に起因して人工呼吸器を装着している場合の要件 >	
<p>「■人工呼吸器に関する事項」のうち、次の①～④の項目<u>全てに該当</u>すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 人工呼吸器装着の有無 … 「1. あり」に該当 ② 施行状況… 「3. 一日中施行」に該当 ③ 離脱の見込み… 「2. なし」に該当 ④ 生活状況…<u>いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当</u> 	
< 指定難病に起因して体外式補助人工心臓*を装着している場合の要件 >	
<p style="text-align: right;">* ペースメーカーではありません。</p> <p>いずれか に該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「■体外式補助人工心臓に関する事項」の使用の有無… 「1. あり」に該当 ・ 「■治療その他」の補助循環の欄… 「1. あり」及び「2. 体外式」に該当 	

○支給認定後の自己負担上限月額の変更

加入する健康保険や世帯員の変更、所得の変動により、自己負担上限月額が変更になる場合があります。

詳細は22頁をご覧ください。

支給認定申請に必要な書類・記入例

支給認定申請に必要な書類一覧 (原則原本の提出をお願いいたします)

全員提出が必要な書類・・・①～⑦

※ ①、②、⑥、⑦は埼玉県ホームページからダウンロードできます。③、④は市役所等で用意してください。

① 指定難病の医療給付に係る支給認定申請書 ㊦ 12頁～14頁

② 臨床調査個人票（診断書）（難病指定医が記載した日から6か月以内のもの）

- ※ 新規申請に係る臨床調査個人票を作成できるのは難病指定医だけです。
- ※ 埼玉県外の都道府県及び指定都市が指定する難病指定医が作成した臨床調査個人票も有効です。
- ※ 指定医でない医師が作成した診断書では、医療給付の申請をすることができません。
- ※ 「疾患名、アクセスキー、氏名、記載年月日、診断年月日」のみが記載された様式を医療機関から発行される場合があります。こちらの様式も臨床調査個人票として扱うことが可能です。
- ※ 診断書の内容が認定要件に合致しない場合や記載不備等がある場合、医療給付の認定をすることができません。作成を依頼する際は、要件等について指定医にご確認ください。
- ※ 診断書作成に係る文書料は医療給付の対象となりません。
- ※ 一部疾病には、CTなどの添付資料が必要です。

③ 世帯全員の記載がある住民票（申請日から1年以内に発行されたもの）

④ 市町村・県民税課税（非課税）証明書 ㊦ 14頁～16頁

- (市町村民税非課税の場合)患者の障害基礎年金その他年金、給付金等の振込通知書等のコピー
- ※ 必要な課税証明書は、患者本人のみとは限りませんので、必ず15頁をご確認ください。
- ※ 証明書の名称は自治体によって異なる場合があります。14頁を参照して必要な項目が記載されている証明書を取得してください。

⑤ 健康保険者証のコピー ㊦ 15頁

- ※ 患者以外にコピーが必要な場合がございます。詳細は15頁をご確認ください。
- ※ 申請日時点で有効なものに限ります。

⑥ 高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書（県HPからダウンロードした場合は2部）

⑦ 個人番号記載票及び本人確認書類 ㊦ 17頁～19頁

- ※ 個人番号記載票は、必ず申請者(患者又は保護者)分の本人確認書類(番号確認+身元確認)と併せてご提出ください。

該当者のみ提出が必要な書類・・・⑧～⑫

※ ⑩の医療費申告書と⑫の収入状況申告書は、埼玉県ホームページからダウンロードできます。

⑧ 生活保護等受給者、境界層該当者であることを証明する書類

- 福祉事務所で発行される生活保護受給証明書、境界層該当者であることを証明する書類、中国残留邦人等の支援給付を証明する書類

⑨ 受給者証のコピー ※ 申請手続き中の場合は、当該申請書の写し

- ・患者と同じ健康保険の方で指定難病医療の受給者がいる場合、その方の受給者証のコピー
- ・患者又は患者と同じ健康保険の方で小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合、その方の小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー

⑩ 指定難病に係る医療費申告書及び領収書（軽症高額該当基準に該当する方）

- 医療費申告書に記載する医療費に係る領収書で、少なくとも3月分。コピー可。 ㊦ 7頁～8頁
- ※ なお、申請時に提出されていなくても必要な場合は、後日提出を求めることがあります。

⑪ 「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」のコピー

- ※ 加入健康保険組合から発行されるものです。お持ちの方はあわせてご提出ください。 ㊦ 2頁

⑫ 収入状況申告書（市町村民税非課税の場合必須） ㊦ 16頁

支給認定申請書の記入例

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書及び指定難病登録者証交付申請書
 (指定難病の医療給付に係る支給認定については該当するものに必ずチェック)

支給認定申請書 | 1 頁目

新規 更新 転入

令和 年 月 日

(宛先) 埼玉県知事
 個人情報等に係る同意事項(裏面)に同意した上で、
 下記のとおり支給認定を受けたいので申請します。

申請者名 (患者が18歳未満の 場合は保護者名)	埼玉 太郎	患者との 続柄	父
--------------------------------	-------	------------	---

1-1 患者に関する事項 ※現に支給認定を受けている場合は、受給者番号を記入

公費負担者番号※	5	4	1	1
居住地	〒000-0000 埼玉県〇〇市△△町1-2-3			
フリガナ	サイタマ ハナコ			明治 大正 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 令和
氏名	埼玉 花子	生年月日	20 年 4 月 1 日	
電話番号	① ××× (×××) ××× ② ()			
加入健康保険	フリガナ	サイタマ ハナコ	患者との続柄	本人
	被保険者氏名	埼玉 花子	記号番号 (後期高齢者 医療被保険者 の場合は被保 険者番号)	■■ 12345 00
	保険者名称	〇〇市(国民健康保険)		

※原則として、申請者は①患者本人 ②保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)に限られます。
 なお、申請書の提出のみであれば、提出する方はどなたでもかまいません。

氏名に外字が含まれる場合、受給者証の氏名表記は類似文字またはカタカナ表記での対応とさせていただきます。

※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入。

※枝番がある場合は、枝番も含めて記入。

1-2 保護者に関する事項 (患者が18歳未満であり、保護者が申請する場合のみ記入)

居住地	〒 埼玉県	※保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)が申請する場合のみ記入。	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合、チェックしていただければ居住地の記載を省略できます。
フリガナ	サイタマ タロウ	患者との続柄	父
氏名	埼玉 太郎		
電話番号	① ××× (×××) ××× ② ()		

1-3 送付先に関する事項 (申請者の居住地以外に、医療受給者証等の書類送付を希望する場合のみ記入)

居住地	〒	※申請者の居住地と、書類の送付先が異なる場合のみ記入。	患者との続柄	
フリガナ				
氏名				
電話番号	① ()	② ()		

2 指定難病に関する事項

病名 (複数ある場合は全て記入)	1	潰瘍性大腸炎	「特例事項」に該当する場合、別途、事実関係を確認できる書類を提出する必要があります。 例) 軽症者特例に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 医療費申告書及び領収書
	2		
特例事項 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。		<input checked="" type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。		
受診を希望する指定医療機関※	名称	記載不要(各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関で受診できます。)	
	所在地		

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」と記載されます。

裏面も必ずご確認ください。

支給認定申請書 2 頁目

3 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）等に関する事項

- ・患者と同じ健康保険に加入する方全員を太枠内に記入してください。
- ・指定難病・小児慢性の支給認定状況欄には、**指定難病も**に該当する場合、又は支給認定の申請中である場合のみ

患者本人が小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）である場合、必要事項を記入してください。（9頁「●その他」も参照）

フリガナ 氏名	生年月日	患者との続柄	指定難病・小児慢性の 支給認定状況 (○を付けた場合は右欄も記入)	受給者番号 (申請中の場合は 「申請中」と記入)
患者本人		本人	小児慢性	●●●●△△△
サイタマ タロウ 埼玉 太郎	明・大・昭・平・令 45 年 4 月 15 日	父	指定難病・小児慢性	「申請中」の場合は、 受給者番号は記入不要
サイタマ アヤコ 埼玉 彩子	明・大・昭・平・令 50 年 6 月 30 日	母	指定難病・小児慢性	●●●●●●●●
サイタマ イチロウ 埼玉 一郎	明・大・昭・平・令 18 年 9 月 9 日	兄	指定難病・小児慢性	
	明・大・昭・平・令 年 月 日			

太枠内には、患者と同じ健康保険に加入する方全員記入してください。
※申請者本人と異なる医療保険加入者は原則記載不要です。

(注) 太枠内の方（被用者保険の場合は被保険者のみ）の市町村民税（自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを申請者が承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。ただし、被用者保険に加入かつ被保険者の市町村民税非課税の方及び国民健康保険組合の方は省略できません。

自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを承諾し、市町村民税（所得割）額等を証明する書類は提出しません。 申請者氏名 _____

4 指定難病医療給付の開始時期に関する事項 ※新規で申請される方のみ記入

医療費助成の開始日として希望する年月日
令和〇年 □月 △日

上記で希望する年月日から1か月以上前となっている理由
()、必ず下記に理由を記入してください。年月日の記載に当たっては20頁をご参照ください。

③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
 ④その他 ()

※ 申請日からの遡りの期間は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

条件に該当する方のみ、課税証明書の添付を省略することができます。
(注)をよく読んだ上で、自己負担上限月額が**最高額(30,000円)になることを承諾される場合のみご記名ください。**
なお、該当しない方については、記入不要です。

5 指定難病登録者証に係る事項

登録者証の詳細については21頁をご参照ください。

指定難病登録者証について、
 申請する 申請しない 申請済（発行自治体名 ())
指定難病登録者証の紙での発行について、
 マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する（マイナンバー連携が困難な理由： ())
※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 () することがあります。

6 個人情報等に係る同意事項

本申請（申請書、診断書その他の添付書類）に基づく個人情報及び調査結果等 () を提供することについて、
1. 他の都道府県又は指定都市に転居する場合に転居先の都道府県又は指定都市 () に同意します。
2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用すること () に同意します。
3. 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療給付に関する事項の照会を行い回答を得ること () に同意します。
※ 本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に関する目的以外に使用しません。

すでに登録者証をお持ちの方は、こちらに発行自治体名を記入してください。

7 臨床調査個人票の研究利用に関する事項（臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。）

私は、指定難病の医療費助成の申請（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ついて、厚生労働大臣に対して

同意する 同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

○下記のアンケートに御協力ください。該当する項目にチェックをつけてください。なお、回答は任意です。

（回答いただいたアンケートの

臨床調査個人票の研究利用に関するご説明

埼玉県 臨床調査個人票 同意書

①療養の状況	主な通院・入院先医療機関:
②医療機器等の使用状況	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 人工呼吸器※1 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()
③身体等の状況	障害手帳【身体】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] 【療育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[等級:] 【精神】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)
④サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()
⑤講演会等の案内※2	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※1 人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、一時的に使用する場合も含まれます。

※2 保健所から必要に応じ、難病に関する講演会等（オンライン含む）のご案内を行います。

支給認定申請書の記入例は以上となります。

証明書類の注意事項

証明書類は支給認定申請を行う時期によって必要年度、必要年が異なります。

証明書類の種類	申請する時期
市町村・県民税課税（非課税）証明書*	4月1日から6月30日まで…前年度分の証明書 7月1日から3月31日まで…申請する年度分の証明書
公的年金等源泉徴収票 遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー	1月1日から6月30日まで…前々年分のもの 7月1日から12月31日まで…前年分のもの

なお、指定難病医療給付制度はマイナンバー制度の対象となっておりますが、現時点では一律に省略可能な書類をお示しできないため、当面の間、必要書類の省略は行いません。

* 市町村・県民税課税（非課税）証明書

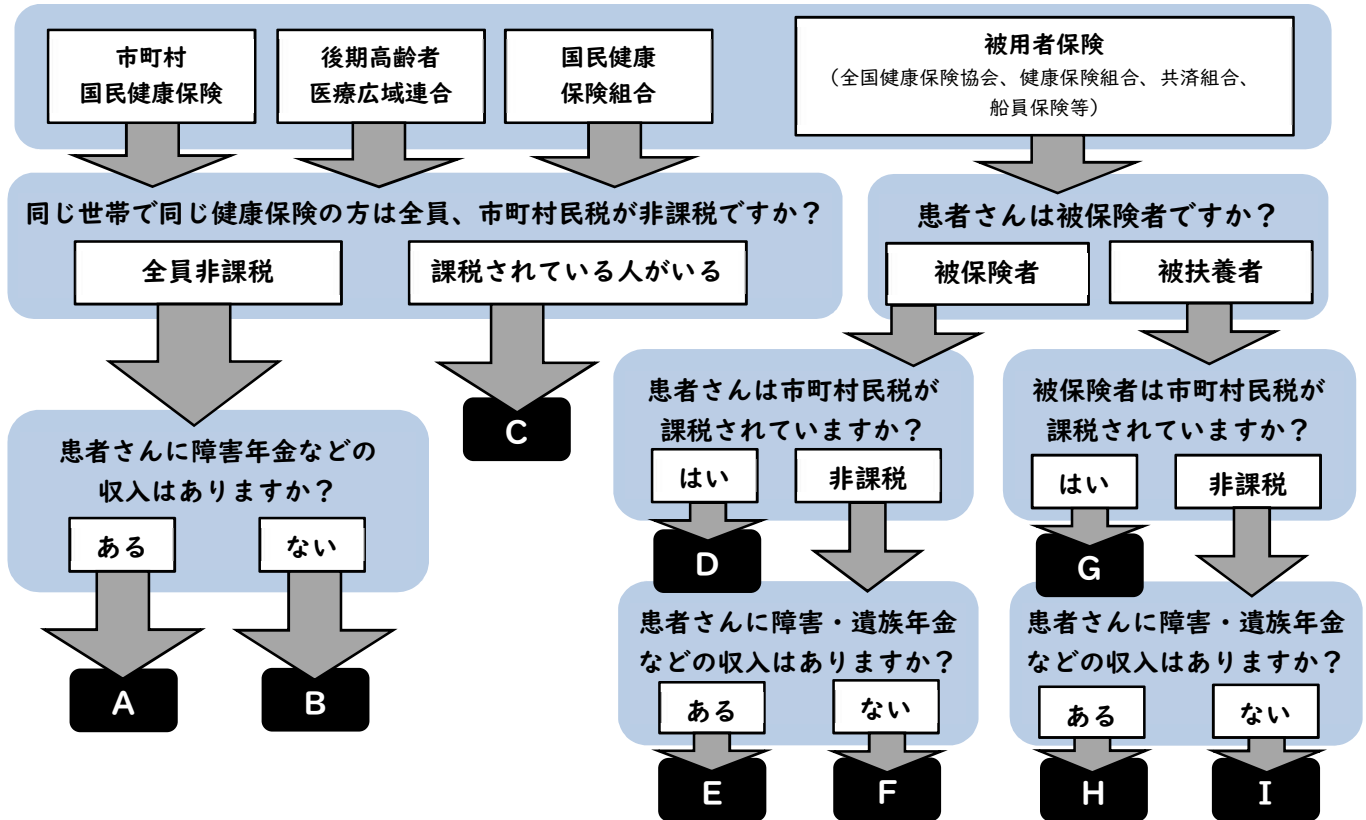
- 証明書の名称は自治体により異なることがあります。収入・所得金額、各種控除額、市町村・県民税額（所得割、均等割）の全てが明記されている証明書を取得してください。
- 市町村窓口では発行手数料がかかります（申請者の負担になります。）。
- 市町村によって証明書の交付開始時期が異なります。証明書を取得される際には、事前にお住まいの市町村にご確認ください。
- 市町村の証明書には複数の種類があります。必要な書類がどれかわかりづらい場合はこの頁及び11頁、15頁を市町村窓口にて提示してください。

※ 個人番号（マイナンバー）カードをお持ちの方は、コンビニ等でも証明書を取得できる場合があります。

健康保険証と課税証明書のフローチャート

11頁④と⑤について、患者さんがお持ちの健康保険証により提出していただく書類が異なります。

患者さんはどの健康保険証をお持ちですか？



⑤必要とする健康保険証		④必要な課税証明書及び年金等の収入がわかる証明書類	
A	同じ世帯の方で 同じ健康保険の方 全員分のコピー	・同じ健康保険の方全員分の課税証明書	A
B		・患者さんの年金などの収入額がわかる振込通知書等及び⑫収入状況申告書	
C		・同じ健康保険の方全員分の課税証明書	C
D	患者さん (被保険者)分 のコピー	・患者さんの課税証明書	D
E		・患者さんの課税証明書 ・患者さんの年金などの収入額がわかる振込通知書等及び⑫収入状況申告書	E
F		・患者さんの課税証明書 ・患者さんの⑫収入状況申告書	F
G		・被保険者の課税証明書	G
H	患者さん分 のコピー	・被保険者及び患者さんの課税証明書	H
I		・患者さんの年金などの収入額がわかる振込通知書等及び⑫収入状況申告書	
		・被保険者及び患者さんの課税証明書	I
		・患者さんの⑫収入状況申告書	

※ 収入状況申告書については、次頁を参照してください。

※ 課税証明書について、義務教育終了前の子で証明書記載の扶養人数に含まれている場合は省略可能です。

収入状況申告書について

前頁において収入状況申告書の提出に該当された方は**非課税証明書の提出**とともに、以下の書類を記入してください。

市町村民税非課税（世帯）の方は必ず提出してください。

市町村民税非課税者に係る収入状況申告書（記入例）

次のとおり、収入状況に係る事項を申告します。

申請者※氏名

※申請書の申請者氏名欄に記名された方（患者又は保護者）を記載してください。

1 下表のうち、申請者が受給している年金等について、該当するものにチェック☑してください。

☑	年金・手当金等 (令和〇年1月～令和〇年12月の期間内で受給していたもの)
☐	① 遺族年金
☐ 該当者はいずれかに☑ ☐1級☐2級☐3級	② 障害年金
☐	③ 寡婦年金
☐	④ 特別児童扶養手当
☐	⑤ 特別障害者手当
☐	⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）
☐	⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付
☐	⑧ ①～⑦のいずれにも該当しない

保健所への申請日が、
1月1日から 6月30日まで
…前々年分のもの
7月1日から12月31日まで
…前年分のもの

①～⑦のいずれにも
該当しない場合には、
必ず⑧にチェックを付
けてください。

2 提出する書類(①～⑦にチェックした方のみ)

受給額が確認できる書類を提出してください。

例) 遺族年金等の振込通知書（コピー）、振込額がわかる通帳のコピー等

下記に承諾☑した場合、上記書類の提出は不要です。

☐ **自己負担上限月額が低所得Ⅱ（5,000円）**
承諾し、上記書類を提出しません。

①～⑦にチェックが付いた方で、受給額を確認することができる書類の提出がない場合には、低所得Ⅱとなります。

(参考)

- ・公的年金収入等と①～⑦の合計が80万円以下の場合の自己負担上限月額 ⇒ 低所得Ⅰ(上限月額 2,500円)
- ・公的年金収入等と①～⑦の合計が80万円を超える場合の自己負担上限月額 } 低所得Ⅱ(上限月額 5,000円)
- ①～⑦の受給額が確認できる書類の提出がない場合の自己負担上限月額

個人番号（マイナンバー）について

いわゆる番号法の規定により、難病法に基づく事務においても、個人番号（マイナンバー）を利用することが可能となりました。

○利用目的

ご提供いただいた個人番号（マイナンバー）は、適切な安全管理のもと、番号法に限定的に定められた範囲内でのみ利用します。

利 用 目 的
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項の特定医療費の支給に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第六条第一項の支給認定の申請の受理、その申請に係る事実についての審査又はその申請に対する応答に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律による医療受給者証に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十条第二項の支給認定の変更に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十一条第一項の支給認定の取消しに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第三十七条の資料の提供等の求めに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号）第十三条第一項の申請内容の変更の届出の受理、その届出に係る事実についての審査又はその届出に対する応答に関する事務

また、番号法の規定に基づき、関係機関との間で専用のネットワークシステムを用いて、情報のやり取り（情報連携）を行います。なお、情報連携に関する記録は、これに関わる各主体により記録・保存されます。

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名）を秘匿することが可能ですので、希望される方は、申請・届出に際してその旨を窓口にお申出ください。なお、お申出いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにも使用します。

○提出書類

支給認定申請に当たっては、「個人番号記載票」及び「本人確認書類（番号確認＋身元確認）」を併せて提出してください。

① 個人番号記載票 ⇒ 記入例は19頁参照

次の方の個人番号（マイナンバー）や氏名（フリガナ）、住所、生年月日等を記入し、提出してください（記入欄が足りない場合は複数枚使用）。

【個人番号記載票に記入が必要な方】（個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方）

- ・ 患者
- ・ 保護者（患者が18歳未満で保護者が申請する場合、保護者欄に記入）
- ・ 支給認定基準世帯員（下表のとおり患者が加入している健康保険によって異なります。）

患者が加入している健康保険	記入が必要な方
国民健康保険（市町村交付） 後期高齢者医療広域連合	患者と同じ健康保険に加入している方全員
国民健康保険組合（土建国保や建設国保など）	
被用者保険（全国健康保険協会や企業の健康保険など）	被保険者の方

② 本人確認書類（番号確認＋身元確認）

なりすまし等を防止するため、「①個人番号記載票」と併せて、必ず申請者（患者又は保護者）の方の本人確認書類（「個人番号カード（マイナンバーカード）（両面）」又は「番号確認書類及び身元確認書類」）を提示又は提出してください。

番号確認書類	身元確認書類
<p>【以下のうち、いずれか1点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 通知カード 令和2年5月25日以降は、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限り、利用可能です。 ● 個人番号(マイナンバー)入り住民票* <p>※ 個人番号通知書は番号確認書類になりません。</p> <p><small>*住民票は世帯員全員の記載があるものをご用意ください。</small></p>	<p>【以下のうち、いずれか1点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 運転免許証 ● パスポート ● 障害者手帳 ● 在留カード ● 写真付き学生証/身分証明書/社員証など <p>上記が困難な場合</p> <p>【以下のうち、いずれか2点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 健康保険証 ● 介護保険証 ● 住民票*(番号確認書類と併用不可) ● 基礎年金番号通知書 ● (特別) 児童扶養手当証書 ● 写真なし学生証/身分証明書/社員証など



本人確認書類は、窓口にお越しいただく場合は原本を提示、郵送による場合はそのコピーを提出してください。

※ 郵送による場合は、原本は提出しないでください。書類に記載された氏名、住所、生年月日のほか、顔写真や発行機関の印影などを含め、記載事項が鮮明に読み取れるようにコピーしてください。

○注意事項





- ・本人確認書類は、申請者（患者又は保護者）分のみ必要となります。
 - ※ 本人確認書類は、支給認定申請に当たってご提出いただく他の書類（11頁）と重複して差し支えありません。
 - ※ 代理人が申請する場合は、代理人の代理権の確認書類・身元確認書類とご本人（患者又は保護者）分の番号確認書類（コピー可）が必要となります。
- ・ご家族などが書類を提出するためだけに窓口にお越しいただく場合は、申請者（患者又は保護者）分の本人確認書類（コピー）のみが必要となります。
- ・申請者以外の方の個人番号等は、申請者の方が適切に本人確認を行った上、個人番号記載票に誤りのないよう記入してください。
- ・番号確認書類と身元確認書類は併用できません。ただし、個人番号カード（マイナンバーカード）は、一枚で本人確認が可能です。

例）番号確認書類として住民票等を使用した場合は、身元確認書類として併用不可
- ・通知カードは身元確認書類としてはお取り扱いできません。
- ・身元確認書類は、番号確認書類に記載された(i)氏名、(ii)生年月日又は住所が記載されているものに限りです。
- ・書類に有効期間が設定されている場合は申請日時点において有効であるものに限りです。
- ・提出書類に本手続に必要な方や提供する必要がない方の個人番号(マイナンバー)が記載されているときは、その方の個人番号部分を復元できない程度にマスキング等をしてください。なお、マスキング等がされていない場合は、職員が責任をもってマスキング等をさせていただきます。



書類に不備不足等がある場合は、追加で書類を求めることや内容についてお問合せさせていただきます。

【参考】

<p>▼ 個人番号カード（マイナンバーカード）</p> <ul style="list-style-type: none"> 両面を提示又は提出してください。 有効期間内のものに限りませ。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>	<p>▼ 通知カード</p> <ul style="list-style-type: none"> 裏面に変更事項の記載がある場合は、裏面も提示又は提出してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>
---	--

個人番号カード（マイナンバーカード）や通知カードに関しては、お住まいの市区町村までお問合せください。

○個人番号記載票

【記入例】個人番号記載票

① 患者 (要支援者)	フリガナ	サイタマ ハナコ					生年 月 日					
	氏名	埼玉 花子										
	住所	〒000-000 〇〇市△△町1-2-3										
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5		6	7			
② 保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ	サイタマ タロウ					生年 月 日					
	氏名	埼玉 太郎										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	2	3	4	5	6		7	8			
③ 受給者番号												
④ 一人目 支給認定基準世帯員 (患者と同じ健康保険に加入してい	フリガナ	サイタマ アヤコ					生年 月 日					
	氏名	埼玉 彩子										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	3	4	5	6	7		8	9	1	0	1
二人目	フリガナ	サイタマ イチロウ					生年 月 日					
	氏名	埼玉 一郎										
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)	4	5	6	7	8		9	1			
三	フリガナ						生年 月 日					
	氏名											
	住所	<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックして 〒										
	個人番号 (マイナンバー)											

① 患者欄

- 患者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 新規申請時は必ず記入してください。

② 保護者欄

- 患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は、この欄に保護者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることで記入を省略できます。

③ 受給者番号欄

- 新規申請時は記入の必要はありません。
- ※ 支給認定後の手続で使用の際は、受給者証に記載してある受給者番号を記入してください。

④ 支給認定基準世帯員欄

- 患者が加入している健康保険に応じて、対象者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることで記入を省略できます。
- 対象者が4人以上いる場合は、裏面を使用してください。

- 内容に誤りのないよう十分にご確認の上、記入・提出してください。特に、個人番号（マイナンバー）は4桁ずつ丁寧にご確認いただき、正確に記入してください。
- 必ず本人確認書類（番号確認＋身元確認）を併せて提示又は提出してください（18頁参照）。

助成開始時期の遡りについて

令和5年10月1日から難病医療費助成制度が変わり、助成の開始時期が申請日から「重症度分類を満たしていることを診断した日等」へ前倒し可能になりました。

○支給認定申請書の記載方法

〈支給認定申請書抜粋〉

医療費助成の開始日として希望する年月日

令和〇年 □月 △日

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となっている理由
(希望する日が申請日から1か月以上前となっている場合は、)

- ①臨床調査個人票の受領に時間を要したため
- ②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
- ③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
- ④その他 ()

※ 申請日からの遡りの期間は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

「申請書」と「臨床調査個人票」等をご用意いただき、下記のフロー図に倣って助成開始を希望する日等を記載してください。

※ 下記フロー図は最大限遡れる日を示しております。その日までの間で任意の日を記載いただくことも可能です。

A：支給認定の申請日

B：(重症度分類を満たす方) 臨床調査個人票に記載されている診断年月日

(軽症高額該当基準を満たす方) 領収書等で確認した「軽症高額該当基準を満たした日の翌日」

AからBまでの期間が、1か月以内である

はい

Bの日付を記載してください。
日付下部のチェックボックスの記載は不要です。

いいえ

申請が遅れたことにやむを得ない理由がある

はい

AからBまでの期間が3か月以内である

はい

Bの日付を記載してください。
日付下部のチェックボックスの記載が必要です。

いいえ

Aから3か月前の日付を記載してください。
日付下部のチェックボックスの記載が必要です。

いいえ

Aから1か月前の日付を記載してください。
日付下部のチェックボックスの記載は不要です。

●1か月前(3か月前)の考え方●

1か月前または3か月前の同日を記載してください。ただし同日が存在しない場合は、月末の日を記載してください。

(例1) Aが11月15日の場合の1か月前⇒10月15日を記載

(例2) Aが5月31日の場合の1か月前⇒4月30日を記載

○やむを得ない理由の例

①臨床調査個人票の受領に時間を要したため

- 「診断がついた」あと「臨床調査個人票の受領まで」に申請者の責めに帰さない理由により時間を要したケース
- × 「診断がつく」までに時間を要したケースは想定していない。

②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

- 成年患者本人や申請者である保護者が、体調面の理由により準備に時間を要したケース
- 成年患者本人や申請者である保護者が、自分以外の家族等の看護や介護におわれていたケース

③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

- 地震、豪雨、豪雪、津波等に被災したことにより準備に時間を要したケース
- 感染症により行動制限が必要であるケース

④その他

- 医療機関から診断を受け臨床調査個人票を発行されているが、DV被害を受け(女性相談所で一時保護を受ける等)、申請手続きのために直ちに動けなかった。
- 離島患者において、医療機関が遠隔地(島外)にあり、臨床調査個人票を受領後、治療のために帰島することができず、申請書類の準備や提出に時間を要したため 等
- × 仕事、育児、失念、身内の不幸、転居等は想定していない。

登録者証について

令和6年4月1日から「登録者証」の交付申請ができるようになりました。

○登録者証とは

障害福祉サービスの受給申請時やハローワーク等の利用時に、医師の診断書に代わり、「指定難病の患者であること」を確認できるものです。

※ 「受給者」であることを証明するものではないため、「登録者証」を使用して医療給付を受けることはできません。

※ 障害福祉サービスについて、詳しくは26頁をご確認ください。

○登録者証の申請方法

指定難病医療給付の支給認定申請と同時に登録者証の申請が可能です。同時申請を希望される方は指定難病の医療給付に係る支給認定及び指定難病登録者証の交付申請書の「5 指定難病登録者証に係る事項」の項目に記入してください。記載方法は13頁をご参照ください。

※ 登録者証のみの申請も可能です。登録者証のみの申請方法については管轄の保健所にお問い合わせください。

○留意事項

- 登録者証は原則、マイナンバー情報連携により交付されます。マイナンバーカードを取得していない等によりマイナンバー連携が困難であり、紙での発行を希望する場合は、指定難病の医療給付に係る支給認定及び指定難病登録者証の交付申請書の項目に記入してください。
- 登録者証には、患者の氏名、生年月日、有効期間の開始年月日が記載されます。
- 登録者証に有効期限はありません。

申請手続中(医療受給者証交付前)の注意事項

医療受給者証交付前に生じた医療費の請求

申請を行ってから医療受給者証が交付されるまで、少なくとも2か月～3か月程度かかります。

このため、医療受給者証有効期間の始期から医療受給者証が交付されるまでの期間は、保険診療等を受けた際の自己負担分をいったん指定医療機関にお支払い頂くこととなります。

この期間における医療費のうち公費で負担すべき額については、医療受給者証交付後、住所地を管轄する保健所を通じて埼玉県に請求することができます。請求を行う際は、住所地を管轄する保健所へ下表の書類を提出してください。

なお、同一月に複数の指定医療機関を利用した場合には合算する必要がありますので、必ず月毎にまとめて請求をしてください。

医療費の請求に必要な書類	
①	指定難病に係る「療養費支給申請書」
②	指定医療機関が作成した「療養証明書」
3	受診した指定医療機関が発行した領収書（ <u>原本のみ有効 再発行無効・コピー不可</u> ） ※領収書に保険点数等の内訳がない場合は、診療明細書や調剤明細書も提出してください。
4	指定難病医療受給者証のコピー
5	健康保険証のコピー
6	振込口座及び名義が確認できるもの（通帳のコピー又はカードのコピー）
7	保険者・市町村等から支給された医療費（高額療養費など）が確認できるもの（通知のコピーなど）
8	市町村からの介護保険に係る高額介護（介護予防）サービス費が確認できるもの（通知のコピーなど）

(注1) ①, ②の様式は各保健所で配布しているほか、埼玉県ホームページからもダウンロードできます。

(注2) 7, 8は、当該書類がない場合は提出不要です。なお、高額療養費等が支給対象となる場合は、原則として保険者等へ高額療養費等の請求後、上記の書類を保健所へ提出してください。

申請手続中に変更が生じた場合

次の①～④の変更が生じた場合は、「支給認定の申請に係る事項の変更届出書」(様式第7号)に次の書類を添付の上、速やかに申請を行った保健所へご提出ください。

① 加入する健康保険が変更になったとき

- ・高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書
- ・新たに加した健康保険証の写し(15頁参照)
- ・自己負担上限月額算定に必要な書類(15頁参照)

※ 新たに個人番号(マイナンバー)の提供が必要な方がいる場合

- ・その方の個人番号等を個人番号記載票に記入の上、ご提出ください(17頁参照)。

② 氏名が変更になったとき

- ・変更前後の氏名が確認できる書類
(個人番号(マイナンバー)カード、戸籍抄本、運転免許証などのコピー)

③ 県内(さいたま市を除く)で転居したとき

- ・転居先及び世帯員が確認できる書類(世帯全員の住民票)

※ 他の都道府県または指定都市(さいたま市等)へ転出、死亡、治癒したとき

- ・速やかに申請を行った保健所にご連絡ください。

④ 個人番号(マイナンバー)が変更になったとき

- ・変更後の個人番号等を記載した個人番号記載票及び本人確認書類(申請者の個人番号(マイナンバー)が変更する場合)

また、⑤の変更が生じた場合には、「支給認定に係る事項の変更申請書」(様式第2号)に次の書類を添付の上、申請を行った保健所へご提出ください。

⑤ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき

- 「人工呼吸器等装着者」に該当することになった場合
 - ・人工呼吸器等に係る欄の記載がある臨床調査個人票(難病指定医又は協力難病指定医が作成したもの)※ 指定難病に起因して人工呼吸器等を装着している場合に限る。
- 「高額かつ長期」に該当することになった場合(10頁の注2参照)
 - ・自己負担上限月額管理票の該当ページのコピー等(少なくとも6月分*)
 - * 申請月含め12月以内かつ医療受給者証が有効である(又は有効であった)期間に限ります。
- 生活保護の受給を開始した場合
 - ・生活保護受給証明書
- 患者が新たに小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた、又は患者と同じ健康保険に加入する方が新たに指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた場合
 - ・その方の指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療受給者証のコピー
 - ※ 9頁「●その他」も参照
- 支給認定基準世帯員に変更が発生し、自己負担上限月額に変更が生じる場合
 - ・変更内容により必要な書類が異なります。管轄の保健所へご相談ください。

医療受給者証交付後の注意事項

医療受給者証の利用の際の注意点

指定難病にかかる医療を受けるときは、健康保険証に加え、指定難病医療受給者証と自己負担上限月額管理票を窓口で提示して支給認定された疾病の診療等を受けてください。

【見本】

指定難病医療受給者証（うすい緑色）

自己負担上限月額管理票（黄色）

なお、指定難病に係る医療給付を受けることができるのは指定医療機関だけです。

○難病法に基づく指定医療機関とは

埼玉県 難病指定医療機関 🔍

- ・都道府県知事又は指定都市の市長が医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等）の申請に基づき指定したものです。
- ・指定難病医療給付を受けることができるのは原則として指定医療機関に限られます。
- ・指定医療機関は各都道府県又は指定都市のホームページに掲載されていますので、そちらをご確認いただくか、医療機関に直接お問合せください。

○患者の窓口支払額（自己負担額）の例

窓口で支払う金額は、支給認定された疾病の医療給付の対象に係る自己負担分のうち、月単位で自己負担上限額までとなります（複数の指定医療機関を利用する場合は合算します。）。

例) 支給認定された疾病の治療のために、複数の指定医療機関を利用した。

- 自己負担割合：2割（健康保険の自己負担割合が3割の方は1割分を別途公費で負担）
- 自己負担上限月額：10,000円

日付	指定医療機関	医療費・介護サービス費 (10割)	自己負担割合 (2割)	患者の窓口支払額 (自己負担額)	医療給付額 (公費負担額)
○月10日	A病院	28,500円	5,700円	5,700円	0円
○月10日	B薬局	11,250円	2,250円	2,250円	0円
○月15日	C訪問看護ステーション	15,000円	3,000円	2,050円	950円
○月25日	A病院	28,500円	5,700円	0円	5,700円
○月26日	B薬局	11,250円	2,250円	0円	2,250円

※月ごとに管理するため翌月は自己負担額が発生します。

日付	指定医療機関	医療費介護サービス費 (10割)	自己負担割合 (2割)	患者の窓口支払額 (自己負担額)	医療給付額 (公費負担額)
△月8日	A病院	28,500円	5,700円	5,700円	0円

自己負担上限月額（10,000円）に達したため、その月はその後、患者の自己負担なし

受給者証交付後に変更事項等が生じた場合

● 治癒・死亡・他の都道府県や指定都市への転出等

住所地を管轄する保健所へ連絡し指定難病医療受給者証を保健所に返納してください。

なお、他の都道府県や指定都市へ転出した場合には、転入先の都道府県又は指定都市で速やかに手続きをとることにより、引き続き医療給付が受けられます。

● 支給認定申請内容に変更が生じた場合

次のような変更が生じた場合は、住所地を管轄する保健所で変更手続きを行ってください。変更手続きについては埼玉県ホームページをご覧ください。保健所にお問合せください。

- ① 加入する健康保険が変更になったとき
- ② 住所、氏名が変更になったとき
- ③ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき（22頁参照）

(注) 自己負担上限月額の変更は原則として変更手続きを行った月の翌月初日（変更手続きを行った日が月の初日である場合はその日）から適用になります。

「人工呼吸器等装着者」や「高額かつ長期」に該当することになった場合などでも変更手続きを行わないと自己負担上限月額は変更されません。

※ 申請内容の変更に伴い、個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方（17頁参照）に変更が生じた場合は、個人番号記載票に必要事項をご記入の上、併せて提出してください。

参考

よくある質問

Q 支給認定に必要な書類はどこでもらえますか

各保健所で配布しているほか、埼玉県疾病対策課のホームページからもダウンロードすることができます。

埼玉県疾病対策課ホームページの「指定難病医療給付制度申請の手続き」及び「申請書様式一覧」をご覧ください。

埼玉県ホームページ
「指定難病医療給付制度申請の手続き」



埼玉県ホームページ
「申請書様式一覧」



Q いつから助成を受けることができますか

審査の結果、認定となった際に交付される受給者証の有効期間の始期は「重症度分類を満たしていることを診断した日」等からになります。

ただし、遡り期間は原則として申請日から1か月となります（やむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。）。

助成期間の遡りについては20頁や埼玉県疾病対策課のホームページをご参照ください。

埼玉県 難病 支給開始日



Q 郵送で難病の医療費助成の申請をしてもよいですか

郵送による申請も可能です。その場合も、申請先は住所地を管轄する保健所になります。

郵送により申請される際は、書類の不足や事故等のトラブル防止のため、必ず簡易書留やレターパックプラス（赤）での郵送をお願いします。なお、申請日は保健所が申請書類を收受した日となります。投函日ではないのでご注意ください。

Q 申請書を提出してから受給者証が届くまで、どのくらいかかりますか

提出書類が不備なく、適切に受理されてから、2か月～3か月程度かかります。

なお、支給申請が認定となった場合、医療受給者証有効期間の始期から受給者証が交付されるまでにかかった医療費については、療養費として払い戻しが可能です。手続には領収書の原本（再発行の場合はお支払いできません。）が必要となりますので、必ず保管をお願いします。（1頁、21頁参照）

Q 受給者証はどここの医療機関でも使用することができますか

各都道府県及び指定都市が指定する「指定医療機関」であれば、使用可能です。（23頁参照）

Q マイナンバーの本人確認書類は提出人数分必要ですか

本人（患者又は保護者）分のみで結構です。その他の方のマイナンバーについては、提出者が間違いないかご確認ください。本人確認書類については18頁をご覧ください。

Q 黄色い手帳（指定難病医療費自己負担上限月額管理票）はどのように使用するのですか

指定難病による医療や介護サービスを受けるときに、指定難病医療受給者証と一緒に指定医療機関の窓口でご提示ください。指定医療機関で必要事項が記入されます。

Q 指定難病医療費自己負担上限月額管理票をなくしてしまった（使い切った）のですが、どうすればいいですか

新しいものをお渡ししますので、保健所までご連絡ください。保健所の連絡先については、27頁（裏表紙）に記載されています。

災害避難行動要支援者の避難行動支援について

お住まいの市町村では、「災害対策基本法」に基づき、自ら避難することが困難で特に支援が必要な方が災害時に迅速かつ適切な避難が行えるよう支援するため、「避難行動要支援者名簿」を作成しています。

災害対策基本法の規定に基づき、市町村から埼玉県に対して難病患者に係る情報提供の求めが生じた場合は、改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」等に該当するものとして市町村に情報提供を行います。

避難行動要支援者名簿等の避難行動支援の詳細については、お住まいの市町村にお問合せください。

※ 改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」は本人の同意がなくても、患者様が迅速かつ適切な避難が行うことができるようにするため、お住いの市町村に情報提供を行います。

障害福祉サービス等について

障害者総合支援法に定める障害者の対象に、難病患者等が加わり、障害者手帳の有無にかかわらず、所定の手続きを経た上で市町村において必要と認められた場合、障害福祉サービス等を利用することができます。

対象者

- ・障害者総合支援法第4条第1項の政令で定める対象疾病にり患されている方
 - ※ 障害者総合支援法対象疾病と、指定難病の疾病名が異なる場合がありますが、国の指定難病は、全て障害者総合支援法対象疾病に含まれます。

対象疾病にり患していることの確認について

- ・障害福祉サービス等の申請時には、申請者の疾病が障害者総合支援法対象疾病に該当するか、診断書などで確認することとされています。この確認については、指定難病医療給付制度における受給者証や登録者証等でも確認することが可能です。
- ・また、指定難病医療給付制度の支給認定申請の結果、不認定通知書が交付され、当該通知書に、指定難病の診断基準は満たすものの、病状の程度が一定の基準（重症度基準）を満たしていないために不認定となった旨が記載されている場合は、当該通知書を障害福祉窓口等で提示することで、障害者総合支援法の対象疾病にり患している旨の証明となります。


お問い合わせ先

- ・障害福祉サービス等の内容や手続方法等については、**お住まいの市町村の障害福祉担当課**へご相談ください。

ヘルプマークについて

内部障害や難病の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで援助を得やすくなるよう、**市町村の窓口**で「ヘルプマーク」を配布しています。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。


埼玉県 ヘルプマーク 



埼玉県思いやり駐車場制度（パーキング・パーミット制度）について

「埼玉県思いやり駐車場制度」が令和5年11月1日から開始しました。対象の方が車のルームミラーなどに利用証を掲示して該当の駐車区画に駐車することによって、対象者の利用であることがわかりやすくなり、安心して外出できるようにする制度です。指定難病医療受給者証をお持ちの方は利用証の交付を受けることができます。利用証の申請は**市町村の窓口**となります。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。

埼玉県 思いやり駐車場 



<支給認定申請等の受付窓口（県保健所）> 開庁時間 平日 8:30～17:15

お住まいの市町村	管轄保健所	電話番号	郵便番号	所在地	アクセス
蕨市、戸田市	南部保健所	048(262)6111	333-0842	川口市前川1-11-1	蕨駅東口から 徒歩25分
朝霞市、志木市、和光市、新座市、富士見市、ふじみ野市、三芳町	朝霞保健所	048(461)0468	351-0016	朝霞市青葉台1-10-5	朝霞駅南口から 徒歩15分
春日部市、松伏町	春日部保健所	048(737)2133	344-0038	春日部市大沼1-76	春日部駅西口からバス 地方庁舎前下車
草加市、八潮市、三郷市、吉川市	草加保健所	048(925)1551	340-0035	草加市西町425-2	草加駅西口から 徒歩10分
鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、伊奈町	鴻巣保健所	048(541)0249	365-0039	鴻巣市東4-5-10	鴻巣駅東口から 徒歩15分
東松山市、滑川町、嵐山町、小川町、川島町、吉見町、ときがわ町、東秩父村	東松山保健所	0493(22)0280	355-0037	東松山市若松町2-6-45	東松山駅東口から 徒歩20分
坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、越生町、鳩山町	坂戸保健所	049(283)7815	350-0212	坂戸市石井2327-1	北坂戸駅から 徒歩20分
所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市	狭山保健所	04(2941)6557	350-1324	狭山市稻荷山2-16-1	稻荷山公園駅から 徒歩7分
行田市、加須市、羽生市	加須保健所	0480(61)1216	347-0031	加須市南町5-15	加須駅南口から 徒歩8分
久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、宮代町、杉戸町	幸手保健所	0480(42)1101	340-0115	幸手市中1-16-4	幸手駅から 徒歩3分
熊谷市、深谷市、寄居町	熊谷保健所	048(578)4548	360-0031	熊谷市末広3-9-1	熊谷駅北口から 徒歩15分
本庄市、美里町、神川町、上里町	本庄保健所	0495(22)6481	367-0047	本庄市前原1-8-12	本庄駅南口から 徒歩15分
秩父市、横瀬町、皆野町、長瀨町、小鹿野町	秩父保健所	0494(22)3824	368-0025	秩父市桜木町8-18	秩父駅から 徒歩10分

<市保健所等（各市を管轄しています。）> 開庁時間 平日 8:30～17:15

川越市保健所（総合保健センター）	
電話番号：049(229)4124 〒350-1104 川越市小ヶ谷817-1	西川越駅から 徒歩12分
川口市保健所	
電話番号：048(266)5557 〒333-0842 川口市前川1-11-1	蕨駅東口から 徒歩25分
越谷市保健所	
電話番号：048(973)7531 〒343-0023 越谷市東越谷10-31	越谷駅東口 又は 南越谷駅北口からバス 越谷市立病院前下車 南越谷駅南口からバス 越谷市立病院下車
所沢市役所（新規申請受付のみ。その他の手続は狭山保健所で受付しています。）	
保健医療課 電話番号：04(2998)9385 〒359-8501 所沢市並木1-1	航空公園駅東口から 徒歩3分

<難病指定医、指定医療機関等の問合せ> 開庁時間 平日 8:30～17:15

埼玉県保健医療部疾病対策課	電話番号：048(830)3491 所在地：〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1（埼玉県庁）
---------------	--

※ さいたま市にお住まいの方は、さいたま市保健所が各種申請等の受付窓口となります。

さいたま市保健所（各区の保健センターでも受付をしています。） 開庁時間 平日 8:30～17:15	
電話番号：048(840)2219 〒338-0013 さいたま市中央区鈴谷7-5-12	与野本町駅 又は 南与野駅から 徒歩15分

（令和6年4月発行）