

## 規 則

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和四年三月二十九日

埼玉県知事 大野 元裕

### 埼玉県規則第四十三号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成二十六年埼玉県規則第八十五号）の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号を次のように改める。

様式第1号（第1条関係）

（表面）

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書

新規 更新 転入

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）が記名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、個人情報等に係る同意事項（裏面）に同意した上で、支給認定を受けたいので申請します。

氏名	
患者との続柄	

1 患者、保護者及び送付先に関する事項

公費負担者番号※		受給者番号※			
患者に関する事項	居住地	〒			
	フリガナ		生年月日		
	氏名				
	電話番号		患者との続柄		
	加入健康保険	フリガナ			
		被保険者氏名			
	保険者名称		記号・番号		
保護者に関する事項	居住地	〒			
	フリガナ		患者との続柄		
	氏名				
	電話番号				
送付先に関する事項	居住地	〒			
	フリガナ		患者との続柄		
	氏名				
	電話番号				

※の項目は記入しないこと。

2 指定難病に関する事項

病名	1	3	
	2	4	
特例事項	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。		<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。
	<input type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。		
指定医療機関 受診を希望する	名称		
	所在地	〒	

(裏面)

3 支給認定基準世帯員等に関する事項

患者と同じ健康保険に加入する者全員を記入すること。

支給認定状況欄には、指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療給付に係る支給認定を受けた患者に該当する場合又は支給認定の申請中である場合に○を付けること。

患者と同じ健康保険に加入している者の氏名	生年月日	患者との続柄	支給認定状況	受給者番号 (申請中の場合は「申請中」と記載)
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
フリガナ			指定難病 ・ 小児慢性	
自己負担上限月額が最高額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 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

- 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引き継ぐこと
- 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
- 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することはありません。

5 臨床調査個人票の研究利用に関する事項

私は、提出した臨床調査個人票が、指定難病に関する研究等のための基礎資料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、別添「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。

個人番号記載票

年 月 日

患 者	フリガナ		生年月日																
	氏 名																		
	住 所																		
	個 人 番 号 (マイナンバー)																		
保 護 者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ		生年月日																
	氏 名																		
	住 所																		
	個 人 番 号 (マイナンバー)																		
受給者番号																			
支給認定基準世帯員 (患者と同じ健康保険に加入している者)	一人目	フリガナ		生年月日															
		氏 名																	
		住 所																	
		個 人 番 号 (マイナンバー)																	
	二人目	フリガナ		生年月日															
		氏 名																	
		住 所																	
		個 人 番 号 (マイナンバー)																	
	三人目	フリガナ		生年月日															
		氏 名																	
		住 所																	
		個 人 番 号 (マイナンバー)																	

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。

様式第2号（第1条関係）

支給認定に係る事項の変更申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）が記名

〒  
住 所  
氏 名  
電 話 番 号  
患者との続柄

難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、支給認定に係る事項を次のとおり変更したいので申請します。

1 交付を受けた医療受給者証に記載されている事項

公費負担者番号		受給者番号	
患者氏名		保護者氏名	
患者居住地		保護者居住地	

2 変更を申請する指定医療機関

名 称	
所 在 地	〒

3 変更を申請する負担上限月額及び負担上限月額に関する事項

負担上限月額及び負担上限月額に関する事項	
----------------------	--

4 変更を申請する支給認定に係る指定難病の名称

指定難病の名称		疾患変更 ・ 疾患追加
---------	--	-------------------

5 臨床調査個人票の研究利用に関する事項

私は、提出した臨床調査個人票が、指定難病に関する研究等のための基礎資料に利用されることについて、厚生労働大臣に対して	
<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
※詳細については、別添「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。	

様式第三号から様式第六号までの規定中「㊦」を削る。

様式第七号中「田嶋又は記名押印」を「記名」に、「氏名」を削る。

「

㊦
---

」を「氏名」に改める。

様式第八号中「(田嶋又は記名押印)」及び「㊦」を削り、「フリガナ」を削る。

「

) 名	性別	を	(フリガナ) 名
-----	----	---	----------

」を「フリガナ」に改める。

「

) 名
-----

」に改める。

様式第九号及び様式第十号中「(田嶋又は記名押印)」及び「㊦」を削る。

様式第十一号中「田嶋又は記名押印」を「記名」に改め、「㊦」を削り、「年」を削る。

「

月 日	性別	を	年 月 日
-----	----	---	-------

」に改める。

「

) 名
-----

」に改める。

様式第十二号中「

生年月日	性別
------	----

」を「

生年月日	性別
------	----

」に改める。

### 附 則

1 この規則は、令和四年四月一日から施行する。ただし、様式第三号から様式第七号までの改正規定、様式第八号の改正規定（「田嶋又は記名押印」）及び「㊦」を削る部分に限る。（）、様式第九号及び様式第十号の改正規定並びに様式第十一号の改正規定（「田嶋又は記名押印」を「記名」に改め、「㊦」を削る部分に限る。）は、公布の日から施行する。

2 この規則による改正前の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。