

## 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。

令和六年三月二十九日

埼玉県知事 大野 元 裕

### 埼玉県規則第三十一号

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。

第一条第一項第一号中「支給認定」の下に「及び法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業に係る登録者証」を加え、同項第十一号中「様式第十一号」を「様式第十二号」に改め、同号を同項第十二号とし、同項第十号中「様式第十号」を「様式第十一号」に改め、同号を同項第十一号とし、同項第九号中「様式第九号」を「様式第十号」に改め、同号を同項第十号とし、同項第八号中「様式第八号」を「様式第九号」に改め、同号を同項第九号とし、同項第七号中「様式第七号」を「様式第八号」に改め、同号を同項第八号とし、同項第六号中「様式第六号」を「様式第七号」に改め、同号を同項第七号とし、同項第五号の次に次の一号を加える。

六 法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業に係る登録者証の申請（第一号に掲げる申請を除く。） 様式第六号

第一条第二項第一号中「様式第十二号」を「様式第十三号」に改め、同項第二号中「様式第十三号」を「様式第十四号」に改め、同項第三号中「様式第十四号」を「様式第十六号」に改め、同号を同項第四号とし、同項第二号の次に次の一号を加える。

三 法第二十八条第二項の指定難病要支援者証明事業に係る登録者証 様式第十五号

第二条第一号中「第七号及び第十一号」を「第六号、第八号及び第十二号」に改め、同条第三号中「第六号まで及び第八号から第十号まで」を「第五号まで、第七号及び第九号から第十一号まで」に改める。

様式第一号を次のように改める。

様式第1号（第1条関係）

（第1面）

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  
新規 更新 転入

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

個人情報等に係る同意事項  
 （第2面）に同意した上で、  
 下記のとおり支給認定等を受  
 けたいので申請します。

申請者氏名 （患者（要支援者） が18歳未満の場 合は保護者氏名）		患者（要 支援者） との続柄	
--	--	----------------------	--

1-1 患者（要支援者）に関する事項 ※現に支給認定を受けている方のみ公費負担者番号と受給者番号を記入

公費負担者番号※		受給者番号※	
居住地	〒		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号			
加入健康保険	フリガナ	患者との続柄	
	被保険者氏名	記号・番号	
	保険者名称	（後期高齢者医療被保険者の場合は被保険者番号）	

1-2 保護者に関する事項（患者（要支援者）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	〒	□←患者（要支援者）と同居の場合、 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		患者（要支援者） との続柄	
氏名			
電話番号			

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	〒		
フリガナ		患者（要支援者） との続柄	
氏名			
電話番号			

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		3	
	2		4	
特例事項 （該当する場合 のみチェック）	□人工呼吸器等を使用している。		□軽症者特例に該当する。	
	□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			
	所在地			

(第2面)

3 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方）等に関する事項

患者と同じ健康保険に加入している方全員を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、指定難病若しくは小児慢性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のみ○を付けてください。

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	
	年 月 日		指定難病・小児慢性	
	年 月 日		指定難病・小児慢性	
	年 月 日		指定難病・小児慢性	
	年 月 日		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、被用者保険に加入し、かつ被保険者の市町村民税が非課税の方及び国民健康保険組合に加入している方は省略できません。

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 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  
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、必ず下記にチェックをしてください。)

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

※申請日からの遡りの期間は、診断日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断日から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。

5 指定難病登録者証に係る事項

指定難病登録者証について、  
 申請する  申請しない  発行済（発行自治体 )

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を確認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

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しません。

(第3面)

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。

個人番号記載票

年 月 日

患者 (要支援者)	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方)	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。

様式第十四号を様式第十六号とし、様式第十三号を様式第十四号とし、同様式の次に次の一様式を加える。

様式第15号（第1条関係）

指 定 難 病 登 録 者 証

要 支 援 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	有 効 期 間 開 始 年 月 日	年 月 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

埼玉県知事



様式第十二号を様式第十三号とし、様式第六号から様式第十一号までを一号ずつ繰り下げ、様式第五号の次に次の一様式を加える。



指定難病登録者証交付申請書

年 月 日

(宛先)  
埼玉県知事

下記のとおり登録者証の  
交付を申請します。※1

申請者氏名 (要支援者が18 歳未満の場合は 保護者氏名)		要支 援者 との 続柄	
--	--	----------------------	--

1 要支援者に関する事項

要 支 援 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒		
	電 話 番 号			
保 護 者 ※ 2	フリガナ			
	氏 名			
	居 住 地 ※3	〒		
	電 話 番 号 ※3			
病 名				
登 録 者 証 の 紙 発 行 に つ い て		<input type="checkbox"/> 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 )		

2 個人情報等に係る同意事項

<p>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。</p>
---

3 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。)

<p>私は、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ついて、厚生労働大臣に対して</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 同意する    <input type="checkbox"/> 同意しない</p> <p>※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。</p>
---

- ※1 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を確認することがあります。
- ※2 要支援者が未成年又は成年被後見人等の理由により、要支援者に代わって保護者が申請する場合に記入してください。
- ※3 要支援者本人と異なる場合に記入してください。



## 附 則

- 1 この規則は、令和六年四月一日から施行する。
- 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。