

## 指定難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

氏名		生年月日	
疾病名			
算定期間	年 月 日から	年 月 日までの間	
診療・調剤・介護給付	診療・調剤等費の 医療費総額(10割分)	受診日(調剤日)と金額の内訳 ※	
【記載例】令和6年1月	150,000円	1/5 30,000円、1/6 20,000円、1/7以降100,000円	
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
合計			
上記のとおりの医療費総額であることを証明します。		年 月 日	
医療機関名	所在地 施設名 管理者名 電話		

**医療機関の方へ:この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。**

①難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうち、3か月以上ある方は、支給認定を行います。(「軽症高額該当」)

②すでに認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が5万円を超える月が、申請しようとする月以前の12か月のうち、6か月以上ある方で、一定所得以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。(「高額かつ長期」)

**※医療費について、次の方はそれぞれ以下の範囲までご記入いただくことで差し支えありません。**

①「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方:各月において、医療費総額が33,330円を超える日まで、受診日(調剤日)および金額内訳の記載をお願いします。記載がない場合、受診日(調剤日)は月の最終日とみなします。令和5年10月1日以降に申請した軽症高額対象者について、軽症高額の基準を満たした日の翌日から医療費助成が開始となります(ただし、申請日からの遡り期間は原則1か月、やむを得ない理由があるときは最長3か月です。)

②「高額かつ長期」を理由として変更申請をしようとする方:受診日(調剤日)および金額の内訳の記載は不要です。12か月のうち50,000円を超える月が6か月以上ある場合は、50,000円を超える月6か月分の記載をお願いします。

別紙様式第2号

(一) 自己負担上限額管理票 [特定医療]		(二) 平成 年 月分自己負担上限額管理票 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。						(三) 自己負担上限額管理票の使用方法	
受診者 氏名			日付		医療機関名		医療機関確認印		
	月 日								
受給者 番号			日付		医療機関名		医療費総額 (10割分)	自己負担額 月額累積額	医療機関 確認印
有効期間	平成 年 月 日から								
	平成 年 月 日まで								
月額自己負担 上 限 額	円								

1. この自己負担上限額管理票は、あなたが特定医療を受けるとき、毎月の自己負担上限額以上負担されることがないよう自己管理をしていただくための大切なもので。

受診するときは毎回、医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）に提示し、その日の医療費総額（10割分）、特定医療の自己負担額及び月間累計額を記入してもらってください。

2. ページを使い切ったときや紛失、破損したときは、再交付を受けてください。

番号  
年月日

## 通知書

申請者様

滋賀県知事 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（または法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

### 理由

1. 指定難病にかかっていないため  
( )
2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため

【指定難病名：】

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| (1) 病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため<br>( )  | (2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため |
| 3. その他  |                         |
| (1) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため<br>(2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため<br>(3) その他 ( ) |                         |

（障害福祉サービス等について）

上記理由の「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に該当している方は、以下のとおりとなります。

1. 本通知は「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。
2. 本通知は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になります。
3. 特定医療費（指定難病）の支給認定申請時に提出された臨床調査個人票は、申請者の同意に基づき、個人情報保護のもと、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用されるので、定期的（1年毎）に申請し指定難病の研究の推進にご協力ください。

### 教示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に滋賀県知事に対して審査請求することができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、滋賀県を被告として（訴訟において県を代表する者は県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。