

大阪市特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱

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、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図る。

第 1 定義

- 1 指定難病（法第 5 条第 1 項に規定する指定難病（難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいう。以下同じ。）のうち、当該難病の患者数が本邦において、人口（官報で公示された最近の国勢調査又はこれに準ずる全国的な人口調査の結果による人口をいう。）のおおむね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するもの）をいう。以下同じ。）の患者又はその保護者（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 6 条に規定する保護者をいう。以下同じ。）を「指定難病の患者等」という。
- 2 特定医療（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であつて、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をいう。以下同じ。）の提供を受ける指定難病の患者を「受診者」という。
- 3 特定医療費の支給を受ける指定難病の患者等を「受給者」という。
- 4 特定医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 5 受診者及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成 26 年政令第 358 号。以下「令」という。）第 1 条第 1 項第 2 号に規定する支給認定基準世帯員（以下「支給認定基準世帯員」という。）で構成する世帯（特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「支給認定世帯」という。

第2 特定医療の対象

1 特定医療の対象となる者

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。

(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

(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

2 特定医療費の支給対象

(1) 特定医療費の支給対象となる医療の内容

特定医療費の支給の対象となる医療の内容は以下のとおりとする。

- ① 診察
- ② 薬剤の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(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 介護予防訪問看護
- ⑤ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑥ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑦ 介護医療院サービス

第3 支給認定の要件等

1 所得区分

特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

(1) 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。

| | | |
|-----------|--------|----------|
| ① 生活保護 | 負担上限月額 | 0 円 |
| ② 低所得 I | 負担上限月額 | 2,500 円 |
| ③ 低所得 II | 負担上限月額 | 5,000 円 |
| ④ 一般所得 I | 負担上限月額 | 10,000 円 |
| ⑤ 一般所得 II | 負担上限月額 | 20,000 円 |
| ⑥ 上位所得 | 負担上限月額 | 30,000 円 |

(2) (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、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）及び同一の月に受けた小児慢性特定疾病（児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病をいう。）に係る小児慢性特定疾病医療支援（同法第 6 条の 2 第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、当該特定医療に係る支給認定を受けた日の属する月以前のものに限る。）に要した医療費総額が 5 万円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の 12 月以内に既に 6 月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、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（高額継続） I | 負担上限月額 | 5,000 円 |
| ⑤' 一般所得（高額継続） II | 負担上限月額 | 10,000 円 |
| ⑥' 上位所得（高額継続） | 負担上限月額 | 20,000 円 |

(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り、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本市による認定を受けた者）であると市長が認める場合には、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して得た率をいう。）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）1（1）の所得区分のうち「①生活保護」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

- ① 支給認定世帯の世帯員が生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）の被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成 6 年法律第 30 号）による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）である場合
- ② 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、「②低所得 I」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態となる場合

（2）1（1）の所得区分のうち「②低所得 I」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

- ① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注 1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が 80 万 9 千円以下である場合
 - ・地方税法上の合計所得金額（注 2）
(合計所得金額が 0 円を下回る場合は、0 円とする。)
 - ・所得税法上の公的年金等の収入金額（注 3）
 - ・その他厚生労働省令で定める給付（注 4）

(注 1)「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（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）分の地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。

(注 2)「合計所得金額」とは、地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、当該合計

所得金額から所得税法第35条第2項第1号に掲げる金額を控除した額とする。

(注3)「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

(注4)「その他厚生労働省令で定める給付」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号。以下「規則」という。）第8条各号に掲げる国民年金法（昭和34年法律第141号）に基づく障害基礎年金等の給付の合計金額をいう。

② 支給認定世帯の世帯員が要保護者又は要支援者であって「③低所得Ⅱ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」の対象ではない場合

(3) 1 (1) の所得区分のうち「③低所得Ⅱ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」及び「②低所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。

① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合
② 支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であって「④一般所得Ⅰ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合

(4) 1 (1) の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が7万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」及び「③低所得Ⅱ」の対象ではない場合であるものとする。

(5) 1 (1) の所得区分のうち「⑤一般所得Ⅱ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」、「③低所得Ⅱ」及び「④一般所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。

(6) 1 (1) の所得区分のうち「⑥上位所得」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円以上の場合であるものとする。

(7) 1 (2) の所得区分のうち「④'一般所得（高額継続）Ⅰ」の対象となるのは、「④

一般所得Ⅰ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。

(8) 1 (2) の所得区分のうち「⑤」一般所得（高額継続）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。

(9) 1 (2) の所得区分のうち「⑥」上位所得（高額継続）」の対象となるのは、「⑥上位所得」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。

(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3の3（5）及び第5の3に基づくこととなる。

3 支給認定世帯

(1) 支給認定世帯については、(6) に掲げる特例に該当する場合を除き、受診者と同じ医療保険の被保険者をもって、受診者の生計を維持するものとして取り扱うこととする。なお、受診者が属する医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、当該受診者が加入している医療保険の被保険者であって、受診者と同一の世帯（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳上の世帯をいう。）に属する者に限るものとする。

(2) 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、(6) に掲げる特例に該当する場合を除き、医療保険の加入関係が異なる場合には別の支給認定世帯として取り扱う。

(3) 受診者及び支給認定世帯に属する他の者の医療保険の資格情報について、「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（平成25年法律第27号）に基づく情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携（以下「マイナンバー情報連携」という。）を活用して確認を行う。ただし、マイナンバー情報連携等の活用による確認が困難な場合は、上記資格情報が確認できる資料等、必要な書類を提出させるものとする。

(4) 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者である場合については、提出された資料等が申請書に記載された支給認定基準世帯全員のものかどうかの確認を、住民基本台帳システムとの庁内連携により取得する、法第35条第1項の規定に基づ

き職権で調査する等の方法によって行うこととする。

(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（本要綱第5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再確認を行うことを必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行ってもよいものとする。

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、地方税法及び航空機燃料譲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。

(6) 支給認定世帯の範囲の特例として、受診者が18歳未満で国民健康保険に加入している場合については、受給者（保護者）が後期高齢者医療に加入している場合であっても、受診者と受給者を同一の支給認定世帯とみなす取扱いとする。

(7) 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合は、新たな医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。支給認定世帯の状況の変化に伴い負担上限月額等について支給認定の変更が必要となった場合には、職権で支給認定の変更を行う場合を除き、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意する。

第4 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、その具体的な事務処理は次による。

1 申請に当たっては、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（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、医療保険の資格情報が確認できる資料、保険者が市長に所得区分に関する情報を提供することに同意する旨の書類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、本市に申請させる。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。

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。以下同じ。）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（本要綱第5の1（2）に定める特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、本要綱第3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、本市に申請させる。

2 特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、指定難病にかかっている事実を確認するに当たっての基礎資料となるものであるから、規則第15条第1項第1号に規定する難病指定医（以下「難病指定医」という。）が作成したものとする。

また、更新の申請に係る臨床調査個人票は、難病指定医又は規則第15条第1項第2号に規定する協力難病指定医（以下「協力難病指定医」という。）が作成したものとする。

3 本市は、所定の手続による申請を受理した場合は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書類送付表に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討する。

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こと。

本市は、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。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

(1) 市長は、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（指定難病）受給者証（別紙様式第5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、指定難病にかかっていると認められないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に不認定の通知書（別紙様式第6号）を交付する。

指定難病審査会の審査の結果、指定難病にかかっていると認められるが、その病状の程度が特定医療費の支給対象となる程度ではないと判定された場合には、申請者に軽症高額該当の照会を行い、その際、指定難病に係る医療費総額証明書（別紙様式第8号）の様式を送付する。

申請者から医療費総額証明書が提出され、軽症高額該当の要件を満たすことが確認できた場合には支給認定を行い、要件を満たすことが確認できない場合には申請者に不認定の通知書を交付する。

(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3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、特定医療に係る自己負担額を管理するため、特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票（別紙様式第7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。）に関する費用に限られる。

(4) 支給認定の有効期間は1年以内とすること。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6月を超えない範囲内において市長が定める期間とする。

また、有効期間の開始日は、次の①又は②により決定する。

① 本要綱第2の1（1）に該当する場合は、次のア又はイのいずれか遅い日に遡ることとする。

ア 指定医が本要綱第2の1（1）の要件を満たしていると診断した日

イ 当該支給認定の申請のあった日から原則1か月前の日、ただし指定医が診断書の作成に期間を要したことその他やむを得ない理由があるときは最長3か月前の日

② 本要綱第2の1（2）に該当する場合は、次のア又はイのいずれか遅い日に遡ること

ととする。

- ア 本要綱第2の1（2）の要件を満たした日の翌日
- イ 当該支給認定の申請のあった日から原則1か月前の日、ただし指定医が診断書の作成に期間を要したことその他やむを得ない理由があるときは最長3か月前の日

（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。なお、同一受診者に対し複数の指定医療機関を指定してもよいものとする。

（6）受給者から受給者証の再交付の申請があったときは、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本市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、支給認定の有効期間が満了したとき、受給者が他の市町村に居住地を移したとき、その他本市において支給認定を行う理由がなくなったときは、受給者証を速やかに本市に返還させる。

2 支給認定世帯の所得の認定

- （1）支給認定世帯の所得は、申請者の申請に基づき認定する。
- （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。
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3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。
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。この場合において、本要綱第3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。
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。
- （3）市町村民税（所得割）の額の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となって

いる者の所得を確認する。

3 支給認定世帯の所得区分の認定

(1) 支給認定世帯の所得区分は、受診者の属する支給認定世帯のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を税務事務システムとの府内連携等により取得する情報に基づき算定し、認定を行う。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定してよいこととする。

また、所得区分が「②低所得Ⅰ」に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき、申請者の収入を算定し認定する。

(2) 法第37条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行ってもよいこととする。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、受給者以外の保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいこととする。

(3) 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。

なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することもできることとする。

4 指定難病審査会における判定

本要綱第4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、市長に判定の結果を報告する。

5 未申告者の取扱い

支給認定世帯員に、税制上の申告をしておらず、課税状況を把握することができない者がいる場合は、書面による同意を得たうえで、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、必要に応じて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、必要に応じて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（別紙様式第3号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類等を添えて提出させる。また、変更の認定を行う場合において、必要があると認めるときは、受給者に対し、受給者証を提出させることができる。
- 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）支給認定申請内容変更届（別紙様式第2号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類を添えて届出させる。
- なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。
- (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、当該属する月）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。また、必要に応じ、新たな負担上限月額を記載した管理票を交付する。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（別紙様式第11号）を申請者に交付する。

（3）指定医療機関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に遡って新たな医療機関に変更し、新たな指定医療機関を記載した受給者証を交付する。

（4）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、当該臨床調査個人票に基づき特定医療の要否を判定する。変更の必要があると判断した場合は、第5の1（4）に規定する有効期間の開始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。

8 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（更新申請・変更届）（別紙様式第4号）に臨床調査個人票、医療保険の資格情報が確認できる資料及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料、特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の写し等を添付の上、市長あて申請させる。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。市長は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の要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、指定難病審査会の審査の結果、指定難病にかかっていると認められないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に不認定の通知書（別紙様式第6号）を交付する。

指定難病審査会の審査の結果、指定難病にかかっていると認められるが、その病状の程度が特定医療費の支給対象となる程度ではないと判定され、軽症高額該当の要件を満たすことが確認できる場合には支給認定を行い、要件を満たすことが確認できない場合には申請者に不認定の通知書を交付する。

ただし、不認定通知書の交付を行おうとする時期が支給認定の有効期間を過ぎている場合、軽症高額該当の要件を満たすことが確認できていない申請者に対して軽症高額該当の照会を行う。この結果、申請者から特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票の写し等が提出され、軽症高額該当の要件を満たすことが確認できた場合には支給認定を行う。

第6 特定医療の受診

1 負担上限月額管理の取扱い

(1) 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。

(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、医療費総額については引き続き記載すること。

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れないことに留意する。

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（大正 11 年法律第 70 号）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、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。

第 7 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本市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。

2 特定医療費の請求

（1）受給者が特定医療費の支給を受けようとするとき（法第 7 条第 7 項の規定に該当する場合を除く。）は、特定医療費（指定難病）償還払い請求書（様式第 9 号）により行わなければならない。

（2）前項の請求書には次に掲げるいずれかの書類を添付しなければならない。

- ・指定医療機関が証明する特定医療費（指定難病）証明書（様式第 10 号の 1）
- ・生活保護法第 19 条第 1 項に規定する実施機関が証明する特定医療費（指定難病）証明書（支給認定者が難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第 3 条第 2 項第 6 号に掲げる者に該当する場合に限る。）（様式第 10 号の 2）
- ・指定医療機関が発行する領収書

3 指定医療機関

市長は、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毎月作成し、公示する。

4 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。

5 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 8 庁内連携

1 税務事務システムとの府内連携

医療費公費負担システムにおいて税務事務システムとの府内連携により取得する情報は、保健所及び各区の保健福祉センターにおいて、次の事務について利用するものとする。

- (1) 法第 6 条第 1 項の支給認定の申請に関する事実についての審査に関する事務。
- (2) 法第 10 条第 2 項の支給認定の変更の認定に関する事務。

2 住民基本台帳システムとの府内連携

医療費公費負担システムにおいて住民基本台帳システムとの府内連携により取得する情報は、保健所及び各区の保健福祉センターにおいて、次の事務について利用する。

- (1) 法第 6 条第 1 項の支給認定の申請に関する事実についての審査に関する事務。
- (2) 法第 10 条第 2 項の支給認定の変更の認定に関する事務。
- (3) 省令第 13 条第 3 項の申請内容の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務。

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 5 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する。

2 各種様式

本要綱に係る各種様式は別に定める。

附則 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附則 この要綱は、平成 30 年 7 月 1 日から適用する。

附則 この要綱は、平成 30 年 7 月 10 日から適用する。

特定医療費の支給対象となる介護の内容については、4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成31年1月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和4年5月20日から適用する。

附則 この要綱は、令和4年10月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和5年10月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和6年12月2日から適用する。

附則 この要綱は、令和7年7月1日から適用する。