

新潟市特定医療費支給認定実施要綱

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、法令及び新潟市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（以下「市規則」という。）の定めるところによるほか、本要綱により行う。

第 1 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、新潟市に住所を有し、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者とする。

- (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 月以内に指定難病に係る医療費総額が 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 介護療養施設サービス
- ⑤ 介護予防訪問看護
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑦ 介護予防居宅療養管理指導
- ⑧ 介護医療院サービス

第 2 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（特定医療費の支給を受ける指定難病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。）をいう。以下同じ。）の家計の負担能力や受診者（特定医療の提供を受ける指定難病の患者をいう。以下同じ。）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（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とする。

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、「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「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降のものに限る。))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。以下同じ。)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。以下同じ。)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、それぞれの自己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「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る、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と同一の世帯で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次の①又は②の額に医療費按分率(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いて得た率をいう。)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1項各号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) 特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯は、受診者及び令第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員で構成する世帯(以下「支給認定世帯」という。)とする。

(2) 1(1)の所得区分のうち「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、「低所得Ⅰ」の負担上限月額を適用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
- (3) 1 (1) の所得区分のうち「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（指定難病の患者又はその保護者をいう。以下同じ。）に係る次に掲げる収入の合計金額が 80 万円以下である場合
- ・ 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、受診者及び支給認定世帯の世帯員が、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（所得税法第 28 条第 1 項に規定する給与所得を有する者については、当該給与所得は、同条第 2 項の規定により計算した金額（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 41 条の 3 の 3 第 2 項の規定による控除が行われている場合には、その控除前の金額）から 10 万円を控除して得た額とする）をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、所得税法（昭和 40 年法律第 33 号）第 35 条第 2 項に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を 80 万円として算定した額とする。
- (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「省令」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「低所得Ⅱ」の負担上限月額を適用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「生活保護」の対象ではない場合
- (4) 1 (1) の所得区分のうち「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「生活保護」及び「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「一般所得Ⅰ」の負担上限月額を適用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
- (5) 1 (1) の所得区分のうち「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「生活保護」、「低所得Ⅰ」及び「低所得Ⅱ」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「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（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「生活保護」、「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」及び「一般所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。
- (7) 1 (1) の所得区分のうち「上位所得」の対象となつのは、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（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。
- (8) 1 (2) の所得区分のうち「一般所得（高額継続）Ⅰ」の対象となるのは、「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。
- (9) 1 (2) の所得区分のうち「一般所得（高額継続）Ⅱ」の対象となるのは、「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。
- (10) 1 (2) の所得区分のうち「上位所得（高額継続）」の対象となるのは、「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。
- (11) (5) から(10)までにおいて、市町村民税（所得割）の合計を判断する場合には、本要綱第2の3(5)及び第4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者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) 支給認定の申請に当たっては、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（市規則別記様式第1号。以下「申請書」という。）の他、受診者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など各種医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）の写しを申請者（特定医療費の支給認定の申請を行おうとする者または行った者をいう。以下同じ。）に提出させるものとする。あわせて、支給認定世帯に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写し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、申請者が提出した被保険者証等の写しが支給認定世帯全員のものであることを確認する。
- (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（第4の1(4)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月である場合にあつては、前年度）の課税状況を基準とする。なお、指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であつて、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は行わない。

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こととする。

- (6) 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ものとする。
- (7) 受診者が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、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、市長に速やかに変更の届出をするものとする。なお、支給認定世帯の状況の変化に伴い所得区分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を行うものとする。

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、省令第12条に定めるところによるほか、次によること。

- 1 申請者は、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（法第6条第1項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、住民票の写し、被保険者証等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（ただし、住民基本台帳及び市・県民税課税状況等の確認同意書（別記様式第1号）の提出により課税状況が確認できる場合は、省略できるものとする。）、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）、個人番号が確認できる資料、医療保険上の所得区分に関する情報を保険者が市長に情報提供すること及び保険者が市長に回答することに同意する旨の書類（別記様式2号）を添付の上、市長に申請するものとする。（ただし、新潟市外において、受給者証の交付を受けていた者が、転入前の都道府県等が交付した受給者証の有効期間内に新潟市に転入し、支給認定の申請をする場合は、第3の5による。）また、以下に該当する者は、それぞれ必要となる資料をこれらの資料に加えて提出するものとする。

(1) 軽症高額該当に係る申請を行う者

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。）の認定に係る申請に当たっては、申請を行う日の属する月以前の12月以内に指定難病に係る医療費総額が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する資料（第4の1（3）に規定する医療費申告書等とする。）

(2) 高額難病治療継続者に係る申請を行う者

令第1条第1項第2号ロに規定する高額難病治療継続者の認定に係る申請に当たっては、申請を行う日の属する月以前の12月以内に指定難病に係る特定医療及び小児慢性特定疾病に係る小児慢性特定疾病医療支援の医療費総額が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（第4の1（2）に規定する自己負担上限額管理票の写し又は第4の1（3）に規定する医療費申告書等とする。また、申請者が高額難病治療継続者の申請以前に児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であった場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証をいう。）及び小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額

管理票（新潟市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱別記様式第8号）の写し等とする。）

(3) 世帯内で負担上限月額を按分する申請を行う者

第2の1(2)に定める場合に係る申請に当たっては、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（当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の受給者証の写しとする。）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（その者の受給者証の写しとする。）

2 前項の規定にかかわらず、申請書に添えて提出する書類により明らかにすべき事項のうち公簿等により確認できるものについて市長がその確認を行うことに同意した受給資格を得ようとする者は、当該確認できる事項を明らかにするために必要な書類の提出を省略することができるものとする。

3 特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、省令第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、難病指定医又は省令第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。

なお、臨床調査個人票については、記載日から6月以内のものを有効とする。

4 支給認定に係る審査

(1) 市長は、1に基づく申請を受理した場合は、受診者が指定難病にかかっていることを確認し、法第7条第1項各号のいずれかに該当している場合には、支給認定するものとする。

(2) 市長は、法第7条第1項各号に定める基準を満たしていなかった場合又は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「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。）を求めるものとする。

5 新潟市外からの転入者の申請

(1) 新潟市外において、受給者証の交付を受けていた者が、転入前の都道府県等が交付した受給者証の有効期間内に新潟市に転入し、支給認定を申請する場合の提出書類は、他都道府県の知事等が交付した受給者証の写し及び第3の1に規定する書類（ただし、臨床調査個人票を除く）とし、市長は当該申請が適正であると判断した場合は、医学的審査を行うことなく当該申請者に対し、受給者証を交付するものとする。

(2) (1)により月の途中に新たに受給者証を交付された者の医療機関における自己負担については、当該月において、申請者が転入前に負担した額を含め、転入後に認定された負担上限月額を超えない範囲とする。

(3) (1)にかかわらず、転入前の都道府県等が交付した受給者証の有効期限の終期が11月1日以降の期日であり、かつ、転入前の都道府県等において当該年の更新手続きを行っていない者が11月1日以降に新潟市で支給認定を申請する場合は更新用の臨床調査個人票を必要とする。

第4 医療受給者証の交付

1 支給認定の手続

- (1) 市長は、第3の3に基づき支給認定した申請者について、特定医療費（指定難病）受給者証（市規則別記様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。
また、審査会の審査の結果、特定医療費を支給する要件に該当しないと判定した場合には、理由を記載の上、申請者に特定医療費（指定難病）の支給認定をしない旨の通知書（市規則別記様式第5号。以下「不認定通知」という。）を交付する。
- (2) (1)の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を確認し、第2の1に定める所得区分に基づき、省令第25条に定める事項を記載するものとし、受診者が複数の指定難病の支給認定を受けている場合は、1枚の受給者証に複数の指定難病名を記載することとする。また、特定医療に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票（別記様式第3号）を受給者に交付する。
- (3) 指定難病にかかっているものの、法第7条第1項各号に該当しないことを理由に不認定とした場合は、軽症高額該当の場合における速やかな申請につなげるため、不認定通知とともに、医療費申告書（別記様式第4号）を交付する。
- (4) 特定医療費の支給の範囲は、受給者の指定特定医療（特定医療のうち（6）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。）に関する費用に限るものとする。
- (5) 支給認定の有効期間は次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める日に遡ってその効果を生ずる。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると市長が認めた場合は、1年6月以内で市長が定める日までとすることができる。
 - ① 支給認定を受けていないものが支給認定を受けた場合
「難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第5項に基づく特定医療費の支給開始日の遡りに係る取扱いについて（令和5年8月29日付け健難発0829第2号厚生労働省健康局難病対策課長通知）の別紙（以下「遡り取扱い通知」という。）」により設定した日から最初に到来する10月31日までとする。ただし、8月1日から10月31日までの期間に受理した場合は翌年の10月31日までとする。（新潟市外転入による支給認定者除く。）
 - ② 既に支給認定を受けている者が、当該支給認定に係る有効期間の満了後も引き続き支給認定を受けた場合
当該申請書を受理した年の11月1日から翌年の10月31日までとする。
 - ③ 既に支給認定を受けている者が当該支給認定の有効期間内において法第10条第2項及び省令第32条第3号の規定により当該支給認定に係る指定難病以外の指定難病について支給認定を受けた場合
既に受けている支給認定に係る有効期間が終了する日
 - ④ 更新の申請が認定されず、軽症高額該当基準を満たすことを理由として再申請する場合において、不認定通知の通知日から30日以内に再申請を行い引き続き支給認定を受けた場合当該申請書を受理した年の11月1日から翌年の10月31日までとする
- (6) 市長は、法第7条第3項に定める指定医療機関の指定について、指定医療機関の中から、当該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することもできるものとする。
- (7) 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。再交付の申請に当たっては、特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書（市規則別記様式4号）に必要事項を記載し、提出するものとする。

また、受給者証を紛失した者について、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市長に返還するものとする。

(8) 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、受給者が新潟市外に居住地を移したとき、その他支給認定を継続する理由がなくなったときは、受給者証を速やかに市長に返還するものとする。

(9) 第3の1(1)軽症高額該当に係る申請は、「難病の患者に対する医療等に関する法律施行令第2条に定める基準(軽症高額該当基準)に係る支給認定の手続き等について(平成26年12月10日健疾発1210第1号)により手続きを行うものとする。

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「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「一般所得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「一般所得Ⅰ」として取り扱う。

さらに、市町村民税世帯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「低所得Ⅱ」として取り扱う。

(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ことにより行うものとする。

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に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の資料であって市長が適当と認めるものに基づき算定し、認定を行うものとする。

また、所得区分が「低所得Ⅰ」に該当すること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ものとする。

(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に加え、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ことができるものとする。

なお、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いうで、当該保護者等から同意を得ることができるものとする。

(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、市長は、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ができるものとする。

4 審査会における判定

第3の3により審査を求められた審査会は、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行い、市長に判定の結果を報告するものとする。

5 未申告者の取扱い

非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書の提出を求めるものとするが、非課税であることが確認できなければ、所得区分を「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、新潟市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ものとする。
- (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、速やかに新潟市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ものとする。
- (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「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、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類及び受給者証を添えて提出させるものとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、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）、受診を希望する指定医療機関及び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）受給者証等記載事項変更届出書（市規則別記様式第3号）によるものとし、変更の生じた理由を証する書類及び受給者証を添えて届出するものとする。
- (2) 市長は、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と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。

なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、不認定通知を申請者に交付する。
- (3) 市長は、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するものとする。なお、指定医療機関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を申請者に交付する。
- (4) 市長は、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ることとし、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、遡り取扱い通知により設定した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。

なお、支給認定に係る指定難病の名称の変更の必要がないと判断した場合は、不認定通知を申請者に交付する。

8 特定医療に係る支給認定の更新

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、申請書に臨床調査個人票、被保険者証等及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、市長に申請するものとする。この場合における支給認定の審査及び受給者証の交付については、第3の4及び第4を準用する。

第5 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自己負担上限額管理票を当該指定医療機関に提示するものとする。
- 2 自己負担上限額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自己負担上限額管理票に記載するものとする。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、自己負担上限額管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。
- 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自己負担上限額管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において当該受給者から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自己負担上限額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ものとする。

第6 特定医療費の支給等

- 1 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 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作成し、公示するものとする。
- 3 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する。
- 4 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7 特定医療費の償還払い

- 1 受給者証の交付を受けた者が、受給者証の有効期間の始期から交付を受けるまでの間に、特定医療に相当する治療費を指定医療機関に支払った場合等には、当該支払った費用を特定

医療費請求書（療養費払）（市規則別記様式第6号）に必要事項を記入のうえ、次に掲げる資料を添付し、市長に請求することができる。

- ① 特定医療費を支払った月に係る自己負担上限額管理票の写し
 - ② 特定医療費を支払った指定医療機関発行の領収書（ただし、特定医療費請求書（療養費払）において指定医療機関証明欄の記載がある場合は除く）
 - ③ 請求時または支払い時に受給者が死亡している場合は次に掲げる書類
 - ア 他の相続人からの委任状
 - イ 死亡した受給者の相続人であることを証明する資料
- 2 市長は、前項の申請があったときは、必要に応じ、指定医療機関等への照会を行い、支給を行うことが適当と判断される範囲において、特定医療費を支払うものとする。

第8 標準処理期間

申請書類が整備された日から認定の決定までの標準処理期間は90日とする。ただし、申請書類の不備や確認等の理由により補正するために必要とする日数は除外する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

住民基本台帳及び市・県民税課税状況等の確認同意書

（宛先）新潟市長

年 月 日

私は、特定医療費（指定難病）の支給認定申請のために必要があるときは、新潟市職員が、私及び本同意書に記載した者の住民基本台帳及び市・県民税関係公簿、生活保護受給者台帳を閲覧または資料の提供を求め、保険者照会に必要な際は、医療保険者に情報提供することについて同意します。

また、生活保護受給者台帳について閲覧の結果、必要があるときは、認定結果を関係機関へ情報提供することに同意します。

なお、以上の内容については、本同意書に記載した者の承諾を得ています。

申請者 住所 新潟市 区 _____
（患者）

氏名 _____

保護者氏名 _____（患者との続柄 _____）

※申請者が18歳未満の場合、保護者の記名が必要です。

下記のとおり、患者及び患者と同じ医療保険に加入されている方について、記入欄に必要事項を記載ください。

新潟市国民健康保険・国民健康保険組合に加入…加入者全員
被用者保険・共済組合に加入…被保険者と患者
後期高齢者医療に加入…患者及び患者と同一住所で後期高齢者医療に加入する者

【記入欄】

氏名	生年月日	続柄	住所
		本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

※住所が新潟市外の場合や、対象年度の1月1日現在新潟市に住民票が無かった場合などは、同意書での対応が出来ない場合があります。

保険者名称 _____

同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律に係る医療の給付を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、新潟市が私の加入する医療保険者に報告を求めること及び私の加入する医療保険者が新潟市に回答を行うことに同意します。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

受診者 住 所 _____

(患者) 氏 名 _____

受給者番号

--	--	--	--	--	--

法定代理人 住 所 _____

氏 名 _____

(本人との続柄：)

別記様式第4号（第4関係）

年 月分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

指定難病である _____ ※に係る医療費については、下記のとおりです。

※ かかっている疾病名をご記入ください。

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費（円） （10割分）
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

※かかった医療費が確認できる領収書等を添付すること。

○医療費について、次の方はそれぞれ次の額を超える事が分かる範囲までご記入いただくことで差支えありません。

- ・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：33,330円
- ・「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請しようとする方：50,000円