

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に規定する様式を定める要綱

第1条 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（平成30年新潟市規則第35号）の規定により別に定める様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
特定医療費（指定難病）支給認定申請書	第3条	別記様式第1号
特定医療費（指定難病）受給者証	第4条	別記様式第2号
特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届出書	第5条	別記様式第3号
特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書	第5条	別記様式第4号
特定医療費（指定難病）の支給認定をしない旨の通知書	第7条	別記様式第5号
特定医療費請求書（療養費払）	第8条	別記様式第6号
指定医指定申請書	第9条	別記様式第7号
指定通知書	第9条	別記様式第8号
指定医指定更新申請書	第10条	別記様式第9号
指定更新通知書	第10条	別記様式第10号
指定変更届出書	第11条	別記様式第11号
指定医辞退届	第12条	別記様式第12号
指定通知書再交付申請書	第13条	別記様式第13号
指定医療機関指定申請書（新規・更新）	第14条	別記様式第14号
指定医療機関指定通知書	第14条	別記様式第15号
指定医療機関の指定をしない旨の通知書	第14条	別記様式第16号
指定医療機関変更届出書	第16条	別記様式第17号
指定医療機関 休止等届出書	第16条	別記様式第18号
指定医療機関 辞退届出書	第16条	別記様式第19号
指定医療機関指定通知書再交付申請書	第19条	別記様式第20号

第2条 この要綱で定める様式について、市長が必要があると認める場合は、当該様式を適宜修正して用いることができる。

附 則

この様式は令和6年4月1日から施行する。

附 則

この様式は令和7年1月1日から施行する。

[illegible]

(宛先) 厚生労働大臣
 私は、別添「研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成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等に利用されることに同意します。
 年 月 日 (注)
 申請者氏名

3 特定医療費の支給認定日は、申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日の年月日を記入。更新の場合は、原則、記入不要。

新潟市

支給認定基準世帯員情報

保険者種別が被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）に加入で被扶養者の方は、被保険者の方の情報を記載し、個人番号確認書類のいずれかを添付してください。

保険者種別が後期高齢者医療制度又は国民健康保険（市町村国保、国保組合）に加入の方は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員の情報を記載し、個人番号確認書類のいずれかを添付してください。

[illegible]

※申請者が受診者又は法定代理人以外の場合、委任状の記載が必要です。

委任状		
受任者	住所	
	氏名	
上記の者を代理人と定め、本申請に関する一切の権限を委任します。		
	年	月 日
委任者（受診者）		
	住所	
	氏名	

申請時間き取り調書欄【※新潟市記載】					
			年	月	日
所属			氏名		

【※新潟市記入欄】

【新規申請のみ】 個人番号身元確認方法	☐ 添付書類で確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 旅券（パスポート） ☐ その他（ ）
------------------------	--

新潟市					
特定医療費（指定難病）受給者証					
公費負担者 番号				特定医療費 受給者番号	
受 診 者	フリガナ				生年月日
	氏名				
	住所				
	保険者 （後期高齢者医療広域連合を含む）				適用 区分
	記号・番号 （被保険者番号）				
指定難病名					
保護者 （受給者が18歳未満 の場合のみ記載）	氏名				続柄
	住所				
指定医療 機関名					
負 担	自己負担上限額	月額		円	階層区分
	人工呼吸器等装着		高額かつ長期		軽症高額
	受給者と同世帯内の指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成対象患者				
有効期間		～			
上記のとおり認定する。 年 月 日 新潟市長 印					

注意事項

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られています。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、新潟市長にその旨を届け出てください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに新潟市長に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、新潟市長に再交付の申請を行って下さい。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。
- 8 その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先
新潟市保健所保健管理課 (電話 025-212-8183)

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

別記様式第2号（第4条関係）

特 定 医 療 費（ 指 定 難 病 ）

年 月診療分① 自己負担上限額管理票

受診者氏名②		受給者番号③	
--------	--	--------	--

月間自己負担上限額④ 円

日付 (徴収日)	指定医療機関名	医療費総額 (指定難病に係る 医療費の10割)	自己負担額 (記載額には他 の公費も含む)	月間自己負担累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

注1: 月の最初に記載する医療機関は、「年 月診療分 自己負担上限額管理票」の①年月、②受診者氏名、③受給者番号、および④月間自己負担上限額を記載してください。また書き切れない場合は、次の頁を使用してください。

注2: 徴収時の記載が原則ですが、口座振替等、徴収時の記載が困難な場合はあらかじめ請求時に記載してください。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日 付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(指定難病に係る医療費の10割分)」については記載いただくよう、お願いします。

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者 住所

氏名

(受診者との関係)

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

1. 支給認定を受けている受診者及び保護者

受給者番号				
受診者 (患者)	氏名			
	住所	郵便番号		
	電話番号			
保護者 (受診者が18歳未満の場合のみ記入してください。)	氏名		受診者との続柄	
	住所	郵便番号		
	電話番号			

2. 変更の内容（変更のある事項のみ、変更後の内容を記入してください。）

受診者に関する事項	☐	住所・氏名・電話番号に関する変更	ふりがな			
			氏名			
			個人番号			
			住所	郵便番号		
			電話番号			
	☐	被保険者証に関する変更 (支給認定基準世帯員の変更も伴う場合は、裏面にも記入してください。)	保険種別 (該当に○)	協会・組合・共済・船員・国保・国保組合・後期		生活保護
			被保険者氏名	本人・家族の別 (該当に○)		本人 家族
			保険者番号	記号・番号		
			保険者名称			

(裏面があります。)

(裏)

保護者に関する事項	☐	住所・氏名・電話番号に関する事項	ふりがな		受診者との続柄		
			氏名				
			個人番号				
			住所				
			電話番号				

支給認定基準世帯員に関する事項	☐	追加 削除	ふりがな		受診者との続柄		
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()	
			個人番号				
		追加 削除	ふりがな		受診者との続柄		
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()	
			個人番号				
		追加 削除	ふりがな		受診者との続柄		
			氏名		住所 ※ (市区町村名)	新潟市・新潟市外 ()	
			個人番号				
		※ 1月から6月までに届け出る場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届け出る場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。					

送付先に関する事項	☐	変更前	ふりがな		受診者との続柄
			氏名		
			住所		
			電話番号		
		変更後	ふりがな		受診者との続柄
			氏名		
			住所		
			電話番号		

- 備考 1 届出者が記載事項を自筆で記入したときは、押印を省略することができます。
- 2 電話番号は、日中に連絡をとれるものを記入してください。
- 3 変更後の内容を確認できる書類及び受給者証を添付してください。

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者 住所

氏名
（受診者との関係 ）

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

受給者番号					
患者 （受診者）	ふりがな				
	氏名				
	住所	郵便番号			
	生年月日	年 月 日	電話番号		
保護者 （患者が 18 歳未満の場合に記載してください。）		ふりがな			患者との続柄
		氏名			
		住所	郵便番号		
		電話番号			
再交付が必要な理由		1 汚損 2 破損 3 亡失・滅失 4 その他（ ）			
備 考					

注 1 申請者の身分証明書を提示してください。
2 汚損又は破損の場合は、当該受給者証を添付してください。
3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに提出してください。

第 号
年 月 日

様

新潟市長

印

特定医療費（指定難病）の支給認定をしない旨の通知書

年 月 日付けで申請のありました特定医療費（指定難病）の支給・支給更新について、下記の理由により認定しないこととしましたので、通知します。

1. 理由（詳細は、別添のとおり）

- （1） 特定医療費支給認定の診断基準を満たしていないため
- （2） 厚生労働大臣が定める重症度を満たしていないため
- （3） その他

2. 指定難病名

教示

（不服申立について）

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か月以内に市長に審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えをする場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は、市長となります。）提起することができます。ただし、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裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

（障害福祉サービス等について）

2の指定難病名に疾病名の記載がある方は、以下のとおりとなります。

- 1. 本通知は指定難病名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年ごと）に申請し指定難病の研究の推進にご協力ください。

問い合わせ先

階層区分		適用区分		受給開始日	
高額		高額自己負担額			

特定医療費請求書（療養費払）

年 月 日

（宛先）新潟市長

請求者 住所 郵便番号

氏名 印
（受診者との続柄）

電話

指定難病にかかる特定医療費を請求しますので、当該特定医療費を下記の振込先口座に振り込んでください。

受給者番号									受診者	ふりがな							
										氏名							
振込先 口座	金融機関	銀行				本店				口座番号	1 普通						
		金庫				支店					2 当座						
		信用組合				支所				口座名義	ふりがな						
協同組合				出張所													
		金融機関コード（ ）				店舗コード（ ）											

※ 受診者本人以外の者（受診者本人が18歳未満の場合の保護者を除く。）が請求者となる場合は、委任状の記載が必要です。必要に応じ、自己負担上限額管理票や領収書原本を添付してください。

特定医療費証明書（指定医療機関証明欄）										支払決定額 円											
領収書（ / 枚※）※ひと月分を書ききれない場合に記載										年 月診療分											
適用される医療保険の内容		保険の種別		1 協		2 組		3 船		4 共		5 国		6 国退		7 後		本人		家族	
		患者負担割合		3 割		2 割		その他（ 割）		保険制度		医療保険 ・ 介護保険									
支払日		年 月 日		診療期間		日～		日		入外等の別		入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 他									
処方箋（指示書）を発行した指定医療機関名																					
①指定難病治療に係る医療（調剤）費用総額（点数×10）										円											
②総医療費（①）×患者負担割合（高額療養費制度適用の場合は適用後の額）										円											
③患者負担額（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く										円											
支払日		年 月 日		診療期間		日～		日		入外等の別		入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 他									
処方箋（指示書）を発行した指定医療機関名																					
①指定難病治療に係る医療（調剤）費用総額（点数×10）										円											
②総医療費（①）×患者負担割合（高額療養費制度適用の場合は適用後の額）										円											
③患者負担額（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く										円											
支払日		年 月 日		診療期間		日～		日		入外等の別		入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ 他									
処方箋（指示書）を発行した指定医療機関名																					
①指定難病治療に係る医療（調剤）費用総額（点数×10）										円											
②総医療費（①）×患者負担割合（高額療養費制度適用の場合は適用後の額）										円											
③患者負担額（他法等適用後の実際の支払額） ※食事（生活）療養費標準負担額及び保険適用外費用を除く。										円											
上記③の金額については、レセプトによる特定医療費の公費請求をしておらず、受診者（患者）又はその家族等から領収済です。																					
所在地 郵便番号																					
年 月 日										指定医療機関名称											
代表者										印											
（受診者（患者）氏名）										様 電話番号											

<医療機関証明欄についてお願い>

- 1 この領収書は、診療月 1 か月ごとに記入してください。
- 2 この領収書に診療報酬明細書を添付する必要はありません。

<請求をされる前に次の点についてご確認ください>

- 1 療養費の支払いは原則として口座振替になりますので、「振込先口座」欄に必要事項を記載してください。
- 2 受診者（患者）本人以外の者が請求する場合は、下の「委任状」に必要事項を記入してください。ただし、受診者（患者）本人が 18 歳未満でその保護者が請求する場合は、委任状は不要です。
- 3 受診者（患者）本人が申請時又は支払時に亡くなっている場合、別途書類の提出が必要となりますので、お問い合わせください。

<支払い対象となる費用について>

特定医療費請求書で支払いの対象となる費用は、指定医療機関において、有効期間内に受けた指定難病に係る保険診療の介護医療費並びに介護保険法の規定による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導介護療養施設サービスの介護給付費及び介護予防訪問看護、介護予防リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導の介護予防給付で、緊急その他やむを得ない理由によって、この医療費に係る一部負担金等として支払った金額のうち、「特定医療費（指定難病）受給者証」に記載してある「月額自己負担上限額」を控除した金額です。

※次の費用は特定医療費の支払いの対象となりませんので、ご了解ください。

- ①文書料、室料差額、電気料、おむつ代等の保険対象外の費用
- ②コルセット、義肢等の治療用装具にかかる代金

<その他>

審査により、請求金額どおりに支払われないことがありますので、ご承知おきください。
請求者欄に、請求者が記入事項を自署する場合は、請求者の印は不要です。

委任状	
受任者（表面の請求者）	
住所	
氏名	
私は、上記の者を代理人と定め、新潟市から受領する特定医療費に係る療養費の請求及び受領について、一切の権限を委任します。	
年	月
日	
委任者（受診者（患者））	
住所	
氏名	印

指定医指定申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

医師氏名

郵便番号

住所

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に規定する指定医の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

生年月日		年 月 日			
医籍登録番号					
申請区分		難病指定医 ・ 協力難病指定医			
① か又は② を記載 (※) のいずれ	①	専門医の 資格の名称			専門医の 認定機関
	②	研修の名称			研修修了日
主たる勤務先の医療機関		医療機関名			
		所在地	郵便番号		
		電話番号			
		担当する診療科			
指定難病の診療実績		主な疾病名：			

※ 専門医資格による難病指定医の申請の場合は、①を記載してください。
都道府県等が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合は、②を記載してください。

添付書類

- 1 経歴書（添付書類 3 の専門医に認定されていることを証明する書類を添付する場合は、省略できます。）
- 2 医師免許証の写し
- 3 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 4 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）

(裏面に続きます。)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する 診療科	
2	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する 診療科	
3	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する 診療科	
4	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する 診療科	
5	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する 診療科	

第 号
年 月 日

様

新潟市長 印

指定通知書

年 月 日付け申請について、難病の患者に対する医療等に関する法律
第 6 条第 1 項に規定する指定医として下記のとおり指定しますので、通知します。

指定医師名		生年月日	
医籍登録番号		医籍登録 年月日	
指定医の種類			
指定医番号			
主たる勤務先の 医療機関名		担当する 診療科	
主たる勤務先の 医療機関の所在地			
指定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

- 備考 1 指定医の指定は、指定から 5 年ごとに更新申請が必要です。
- 2 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要です。

別記様式第9号

指定医指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医		
① 又 は ② の い ず れ か を 記 載	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関		
	②	研修の名称		研修終了日		
変更のある事項にチェックし、 変更後の内容を記載	☐	指定医氏名				
	☐	連絡先	郵便番号 (電話番号)			
	☐	医籍登録番号				
	☐	医籍登録年月日		年 月 日		
	☐	主たる勤務先 の医療機関	医療機関名			
			所在地	郵便番号		
			電話番号			
			担当する 診療科			

添付書類

- 1 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 2 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 3 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	

第 号
年 月 日

様

新潟市長 印

指定更新通知書

年 月 日付け申請について、難病の患者に対する医療等に関する法律
第 6 条第 1 項に規定する指定医として下記のとおり指定を更新しますので、通知します。

指定医師名		生年月日	
医籍登録番号		医籍登録 年月日	
指定医の種類			
指定医番号			
主たる勤務先の 医療機関名		担当する 診療科	
主たる勤務先の 医療機関の所在地			
指定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

- 備考 1 指定医の指定は、指定から 5 年ごとに更新申請が必要です。
- 2 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要です。

指定変更届出書

(宛先) 新潟市長

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり申請事項の変更がありましたので届け出ます。

変更年月日			年 月 日					
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	指定医氏名						
	☐	連絡先	郵便番号 (電話番号)					
	☐	医籍登録番号						
	☐	医籍登録年月日	年 月 日					
	☐	主たる勤務先の医療機関	医療機関名					
所在地	郵便番号							
電話番号								
担当する診療科								

備考

- 1 変更のない事項については、記載不要です。
- 2 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

(裏面に続きます。)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	

指定医辞退届

年 月 日

(宛先) 新潟市長

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり辞退します。

指定医氏名		
連絡先	郵便番号 (電話番号)	
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
辞退理由		

別記様式第13号

指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

指定医番号

医 師 氏 名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第13条の規定により、下記のとおり申請します。

指定医氏名			
連絡先	郵便番号 (電話番号)		
主たる勤務先の医療機関	医療機関名		
	所在地	郵便番号	
	電話番号		
	担当する診療科		
届出理由	破損 汚損 亡失又は滅失		

※破損又は汚損の場合は、破損又は汚損した指定医指定通知書を添付してください。

（宛先）新潟市長

年 月 日

開設者
住所（法人にあつては所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 4 条第 1 項・第 1 5 条第 1 項の規定により指定医療機関の指定・指定の更新を受けたいので申請します。

なお、申請にあたり、役員を含め、裏面に掲げる難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 4 条第 2 項各号の規定に該当しないことを誓約します。

記

申請の種別 (いずれかに○)	1 保険医療機関（病院又は診療所） 2 保険薬局 3 指定訪問看護事業者等		
保険医療機関等	名称		
	所在地	郵便番号	
	電話番号		
	コード※ 1		
開設者 (代表者)	住所又は所在地（主たる事務所の所在地）		
	氏名又は名称（法人にあつては名称及び代表者氏名）		
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)			
指定訪問看護事業者指定 年月日（訪問看護事業者のみ記載）	健康保険	年 月 日	
	介護保険	年 月 日	
役員の職名及び氏名 (開設者が法人の場合のみ記載) ※ 2	職 名	氏 名	

※ 1 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※ 2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿の写しを添付してください。

第十四条 第五条第一項の規定による指定医療機関の指定（以下この節において「指定医療機関の指定」という。）は、厚生労働省令で定めるところにより、病院若しくは診療所（これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。以下同じ。）又は薬局の開設者の申請により行う。

2 都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定医療機関の指定をしてはならない。

一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

二 申請者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

三 申請者が、第二十三条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となった事実その他の当該事実に関して当該指定医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文の規定による指定医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

四 申請者が、第二十三条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日（第六号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第二十条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

五 申請者が、第二十一条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第二十三条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十条の規定による指定医療

機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六 第四号に規定する期間内に第二十条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、通知日前六十日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 申請者が、前項の申請前五年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

八 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

九 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

3 都道府県知事は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定医療機関の指定をしないことができる。

一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は厚生労働省令で定める事業所若しくは施設でないとき。

二 当該申請に係る病院若しくは診療所若しくは薬局又は申請者が、特定医療費の支給に関し診療又は調剤の内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第十八条の規定による指導又は第二十二条第一項の規定による勧告を受けたものであるとき。

三 申請者が、第二十二条第三項の規定による命令に従わないものであるとき。

四 前三号に掲げる場合のほか、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、指定医療機関として著しく不適当と認めるものであるとき。

第四十条 この法律中都道府県が処理することとされている事務に関する規定で政令で定めるものは、地方自治法第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下この条において「指定都市」という。）においては、政令で定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

第 号
年 月 日

様

新潟市長

印

指定医療機関指定通知書

年 月 日付け申請について、難病の患者に対する医療等に関する法律
第 1 4 条第 1 項・第 1 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり指定医療機関に指定（新規・
更新）しますので、通知します。

名称	
所在地	
開設者	
種別	
指定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

注意事項

1. 名称、所在地等難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 9 条及び難病の患者に
対する医療等に関する法律施行規則第 3 5 条に規定される内容に変更があった場合に
は、速やかに届け出てください。
2. 有効期間後も引き続き指定を希望する場合は、法第 1 5 条の規定に基づき、
年 月 日までに指定の更新を受けてください。
3. 指定医療機関療養担当規程により特定医療の適正な実施に努めてください。

別記様式第 16 号

第 号
年 月 日

様

新潟市長

印

指定医療機関の指定をしない旨の通知書

年 月 日付け申請について、難病の患者に対する医療等に関する法律
第 14 条第 3 項の規定により、下記のとおり指定医療機関に指定（新規・更新）しないこ
ととしましたので、通知します。

理由

教示

（不服申立について）

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 か月以内に市長に審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えをする場合は、この処分があったことを知った日の翌日
から起算して 6 か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は、市長とな
ります。）提起することができます。ただし、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裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月
以内に提起することができます。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者
住所（法人にあっては所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第 19 条第 1 項の規定により届け出ます。

申請の種別 (いずれかに○)	1 病院又は診療所			2 薬局		3 指定訪問看護事業者等	
指定医療機関等	名称	☐					
	所在地	☐	郵便番号				
	電話番号	☐					
	コード※ 1	☐					
開設者 (代表者)	住所又は所在地 (主たる事務所の 所在地)	☐					
	氏名又は名称 (法人にあっては名 称及び代表者氏名)	☐					
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)		☐					
役員の職名及び氏名 (開設者が法人の場合のみ記載) ※ 2		☐	職名		氏名		

※ 1 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※ 2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿の写しを添付してください。

注 1 該当する項目にチェックを記載してください。

2 役員の変更の場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律第 14 条第 2 項各号の規定に該当しないことの誓約書を添付してください。

指定医療機関 休止等届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

開設者
住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 4 3 条の規定により届け出ます。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号	電話番号	
	コード※			
届出の内容		休止	廃止	再開 処分
休止等年月日		年 月 日		
理由				
休止の場合の予定期間				

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

注 指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。（再開の場合その他市長が特に認める場合は、添付不要です。）

指定医療機関 辞退届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

開設者
住所（法人にあつては所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第 20 条の規定により指定医療機関の指定の辞退を届け出ます。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号	電話番号	
	コード※			
辞退年月日		年 月 日		
辞退の理由				

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

注 この届出は、指定を辞退しようとする日の 1 月前までに行う必要があります。

指定医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

開設者
住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第 19 条の規定により申請します。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者等
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号 電話番号		
	コード※			
再交付申請理由		破損 汚損 亡失又は滅失 その他 ()		

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

- 注 1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定通知書を添付してください。
- 2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定通知書を発見したときは、当該指定医療機関指定書を速やかに新潟市長に返還してください。