

新潟県特定医療費支給認定事務処理要領

(趣旨)

第 1 特定医療費の支給認定については、新潟県特定医療費支給認定実施要綱（令和 5 年 9 月 28 日付け健第 721 号。以下「要綱」という。）に定めるところによるほか、この要領によるものとする。

(受給者証)

第 2 要綱第 4 の 1 (1) に定める特定医療費（指定難病）受給者証（以下「受給者証」という。）は、次のとおり交付するものとする。

1 受給者証の有効期間

(1) 新たに支給認定申請をする場合（既に受給者証の交付を受けている者が支給認定を受けている指定難病に加えて新たに他の指定難病について支給認定申請をする場合を含む。）

重症度分類を満たしていることを診断した日等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 日までの期間に患者の居住地を所管する地域振興局健康福祉（環境）部長（以下「部長」という。）が当該申請書を受理した場合は翌年の 10 月 31 日までとする。

(2) 要綱第 4 の 8 に定める支給認定の更新の申請をする場合

部長が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。

2 複数の指定難病の支給認定を受けている場合の取扱い

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。

(特定医療費の支給認定等の手続)

第 3 特定医療費の支給認定に係る申請は、原則、次によるものとするほか、1 から 6 までの項に掲げる申請においては、それぞれ当該各項に定めるところによる。

(1) 申請者

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。）

(2) 提出先

部長を経由して知事に対して提出するものとする。

(3) 提出書類

要綱第 3 に規定する提出書類を提出するものとする。なお、要綱第 3 の 1 に規定する指定医が作成した診断書（以下「臨床調査個人票」という。）については、記載日から 6 月以内のものを有効とする。

(4) 審査結果の通知

知事は、審査の結果、認定を行うことが適当と認めたときは、その旨を記載した受給者証を申請者に交付するものとする。

なお、認定をしないこととしたときは、理由を付して、申請者に対し、結果を通知するものとする。

(5) 変更認定の効力

既に受給者証の交付を受けている者が自己負担上限月額の変更を伴う変更の認定を受けた場合における当該認定の効力は、変更の申請を行った日の属する月の翌月（当該変更申

請を行っ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生じるものとする。

なお、認定の効力は当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものとする。

(6) 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。

1 高額難病治療継続者の申請

(1) 提出書類

要綱第3の1(2)に規定する高額難病治療継続者の申請に当たっては、支給認定(変更)申請書(要綱別紙様式第1号)に添えて、自己負担上限額管理票(要綱別紙様式第3号)を提出するものとする。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「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。)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。以下同じ。)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表(「新潟県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱」の別紙様式第4号自己負担上限額管理票)を提出するものとする。(これにより難しい場合は、医療費申告書(様式1)を用いることもできるものとする。)

(2) 認定の審査

知事は、申請書類に不備がないことを確認した場合は、当該申請を行った日が属する月以前の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医療支援(児童福祉法第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。)の医療費総額が5万円を超える月数が既に6月以上あることを(1)の書類により判定するものとする。

ただし、指定難病に要した費用においては、支給認定を受けていない期間の医療費については勘案しない。

2 人工呼吸器等装着者の申請

(1) 提出書類

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6号に規定する人工呼吸器等装着者の申請に当たっては、支給認定(変更)申請書(要綱別紙様式第1号)に添えて、臨床調査個人票を提出するものとする。

(2) 認定の審査

知事は、申請のあった書類について不備がないことを確認した場合は、必要に応じて指定難病審査会(以下「審査会」という。)に意見を求め、審査を行うものとする。

3 世帯内で負担上限月額を按分する申請

(1) 提出書類

支給認定(変更)申請書(要綱別紙様式第1号)に以下の書類を添付し、申請するものとする。

ア 支給認定を受けようとする指定難病の患者が、当該指定難病以外の疾病に関して医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等である場合

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

イ 令第1条第2項に規定する医療費算定対象世帯員(支給認定を受けようとする指定難病の患者と同一の医療保険に加入する当該患者以外の者をいう。以下同じ。)のうちに、当

該患者以外の支給認定を受けた指定難病の患者又は医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等がある場合

その者の受給者証の写し

(2) 支給認定の有効期間において変更が生じる場合の取扱

ア 受診者が支給認定の有効期間において、小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請を行う場合、当該申請に併せて、負担上限月額の変更に係る申請を行うことができる。

イ 医療費算定対象世帯員が指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請を行う場合、当該申請に併せて、負担上限月額の変更に係る申請を行うことができる。

(3) 按分を行う場合の負担上限月額の決定

ア (1) ア又はイの支給認定の申請があったときは、知事は、申請者の階層区分に応じた負担上限月額（以下「按分前負担上限月額」という。）に、令第1条第2項に規定する医療費按分率（この場合においては、当該負担上限月額と、申請書に添付された受給者証又は小児慢性特定疾病医療費助成に係る受給者証の写しに記載された負担上限月額を合算した額で、これらの額のうちいずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額。以下同じ。）を按分後の負担上限月額（以下「按分後負担上限月額」という。）とする。

イ (2) ア又はイの支給認定の変更があったときは、知事は、当該受診者に係る按分前負担上限月額に医療費按分率（この場合においては、按分前負担上限月額と階層区分に応じた医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等に係る負担上限月額を合算した額で、これらの額の内いずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額を按分後負担上限月額とし、受給者証に記載して交付するものとする。

ウ 按分後負担上限月額を適用した受診者について、支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る小児慢性特定疾病医療費の支給認定が失効した場合は、按分前負担上限月額を適用するものとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付するものとする。

また、按分後負担上限月額を適用した受診者の支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る医療費算定対象世帯員の特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定が失効した場合についても、同様の取扱いとする。

4 他都道府県又は指定都市からの転入者の申請

他都道府県又は地方自治法第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）において受給者証の交付を受けていた者が、転入前の都道府県又は指定都市が交付した受給者証の有効期間内に県内（ただし、新潟市を除く。）に転入し、支給認定を申請する場合の取扱は、次のとおりとする。

(1) 提出書類

他都道府県の知事又は指定都市の長が交付した受給者証の写し及び要綱第3の1に規定する書類（臨床調査個人票を除く）とする。

(2) 受給者証の交付

知事は、転入前の都道府県又は指定都市が交付した受給者証を確認し、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。この場合における受給者証の有効期間は、部長が当該申請書を受理した日から最初に到達する10月31日までとする。

ただし、転入前の都道府県又は指定都市が交付した受給者証の有効期間の始期が5月1日から10月31日までの場合で、要綱第4の8に定める支給認定の更新の申請が不要と認められるものについては、翌年の10月31日までとする。

また、転入前の都道府県又は指定都市が行った支給認定の初日から起算して1年（特別の事情があると認められるときは1年6か月）を超える期間を有効期間とする場合は、医学的

審査を行うものとする。

(3) 負担上限月額

転入により月の途中で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。

5 受給者証の再交付申請

受給者証を破損し、汚損し、又は紛失した場合等の手続は、要綱第4の1(7)によるものとする。

(階層区分)

第4 要綱第2に規定する階層区分は、次の方法により確認し、認定するものとする。

1 市町村民税額等の確認方法

市町村民税額(所得割)は、市町村が発行する課税証明書又は非課税証明書等をもって確認するものとする。

ただし、2に定める市町村民税額(所得割)の合計が零の場合は、受診者(18歳未満の場合にあっては当該受診者の保護者)に係る所得証明書又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。)第8条に定める給付の額を確認できる書類により、負担上限月額の決定に必要な収入の額を確認するものとし、これらの書類の提出がなく、収入額の確認ができない場合にあっては、要綱別表に規定する「低所得Ⅱ」に該当するものとして階層区分を認定するものとする。

また、証明書類に不備がある場合及び税制上の申告をしておらず、市町村民税額(所得割)を把握することができない場合にあっては、要綱別表に規定する「上位所得」に該当するものとして階層区分を認定するものとする。

2 市町村民税額(所得割)の合算方法

- (1) 受診者が被用者保険(健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私立学校教職員共済組合法の規定による医療保険。以下同じ。)の被保険者若しくは組合員(以下「被保険者等」という。)である場合又は生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第1項に規定する被保護者である場合は、当該受診者の市町村民税額(所得割)をもって階層区分を認定するものとする。
- (2) 受診者の加入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、受診者の市町村民税額(所得割)及び支給認定基準世帯員(令第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員をいう。以下同じ。)の市町村民税額(所得割)を合算した額をもって階層区分を認定するものとする。
- (3) 受診者の保護者が加入する医療保険が後期高齢者医療であり、かつ、18歳未満の受診者が加入する医療保険が国民健康保険の場合は、受診者の市町村民税額(所得割)及び支給認定基準世帯員の市町村民税額(所得割)を合算した額をもって階層区分を認定するものとする。
- (4) 受診者の加入する医療保険が被用者保険であり、被保険者の市町村民税額が所得割、均等割ともに非課税であり、かつ、受診者に市町村民税額の所得割、均等割のいずれかが課税されている場合は、一般所得Ⅰとする。
- (5) 受診者が(1)から(4)までに掲げるものに該当しない場合は、支給認定基準世帯員の市町村民税額(所得割)をもって階層区分を認定するものとする。

(医療保険における所得区分の把握)

第5 医療保険における所得区分の把握

知事は、支給認定の申請がなされたとき、被用者保険における低所得者区分に該当すると思われる者については、被保険者及び申請者の非課税証明書等を確認し、保険者にその旨を連絡するものとする。

(届出)

第6 次に規定する届出は、受給者が部長を経由して知事に対し、行うものとする。

1 氏名、住所、医療保険の変更の届出(変更届)

受給者証に記載している氏名、住所及び医療保険に変更があった場合、(他の都道府県又は新潟市へ住所を変更する場合を除く。)は、次に掲げる区分に応じて定める書類を添付の上、特定医療費受給者証記載事項変更届(要綱別紙様式第5号)(医療保険の変更にあつては特定医療費受給者証記載事項(加入保険)変更届(要綱別紙様式第5号の2))に必要事項を記載し、速やかに届け出るものとする。

なお、負担上限月額の変更が生じる場合、届出が行われた日の属する月の翌月(当該届出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)の初日から適用することとし、当該額を記載した受給者証を受給者に交付することとする。

また、変更後の負担上限月額の効力は、当該受給者の受給者証の有効期間内に限るものとする。

(1) 氏名・住所の変更の場合

戸籍抄本、住民票の写し、運転免許証の写し等、公の機関が発行した書類(変更内容が確認できるもの)

(2) 医療保険の変更の場合

- ア 変更後の医療保険の資格情報が確認できる資料
- イ 同意書(様式2)
- ウ 階層区分の認定に必要な書類
- エ 受給者証(負担上限月額に変更が生じる場合に限る)

2 1(2)の医療保険の変更の場合においては、受給者証の提出と引き替えに特定医療費(指定難病)受給者証記載事項変更手続中の旨を表示する書類(様式3)を受給者に交付するものとする。

(支給認定の変更)

第7 支給認定の変更は、次のとおり行うものとする。

1 支給認定の有効期間内において、第3の1、2又は3によるほか、市町村民税額に変更があった場合その他負担上限月額の変更を必要とする事由(受診者の加入する医療保険に変更が生じた場合を除く)が生じた場合、受給者は、部長を経由して知事に対し、支給認定の変更の申請を行うものとする。ただし、所得課税証明書の対象年度の更新があったことのみを理由とする支給認定の変更の申請は要しないものとする。

2 1の申請があったときは、受給者証の提出と引き替えに特定医療費(指定難病)受給者証記載事項変更手続中の旨を表示する書類(様式3)を受給者に交付するものとする。

3 変更認定後の負担上限月額は、変更申請が行われ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)の初日から適用することとし、当該額を記載した受給者証を受給者に交付することとする。ただし、新たに生活保護世帯に該当する者又は生活保護世帯から外れる者として変更申請が行われた場合は、当該保護開始決定

日又は保護廃止日から適用するものとする。また、変更認定後の負担上限月額の効果は、当該受給者の受給者証の有効期間内に限るものとする。

(療養費払)

第8 要綱第6に規定する療養費払は、次により行うものとする。

1 療養費払の請求ができる範囲

- (1) 受給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の費用
- (2) (1)のほか、支給認定の変更、受給者証の紛失その他の理由により、受給者が受給者証を所持していない期間において特定医療費に相当する治療費を指定医療機関に支払った場合等の費用

2 請求の方法

療養費払の請求は、要綱第2の1に規定する受給者が行うことを原則とし、部長を経由して知事に対し行うものとする。

なお、請求時又は支払時に既に受給者が死亡している場合、相続人は、請求書のほか、次に掲げる書類を提出するものとする。

- (1) 他の相続人からの委任状
- (2) 死亡した受給者の相続人であることを証明する書類(戸籍(除籍)謄本、相続放棄申述書、遺産分割協議書、遺言書等)

3 支給額の決定及び支払

知事は、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、療養費払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。

(軽症高額該当)

第9 令第2条に規定する基準(以下「軽症高額該当基準」という。)に係る支給認定の手続については、次のとおりとする。

- 1 指定難病の患者又はその保護者は、支給認定の申請に当たり、当該申請に係る患者が軽症高額該当基準を満たすことを理由として当該支給認定を受けようとする場合には、その旨を申請書に記載し、領収書の写しを添付した医療費申告書(様式1)又は自己負担上限額管理票を添えて、部長を経由して知事に申請を行うものとする。
- 2 新規又は更新の申請で病状の程度が重症度分類に照らして一定以上でないものとして支給認定されなかった申請者が、軽症高額該当基準に該当するものとして支給認定の申請を行う場合は、当該不認定の通知の写しを添付することとする。この場合において、当該不認定の通知から概ね12月を経過していないときは、以前の申請で用いられた添付書類に変更がない場合、添付を省略することができるものとする。
- 3 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、不認定の通知から30日以内に再申請を行うときは、当該再申請に係る受給者証の有効期間を部長が更新の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。