

香川県指定難病医療費助成実施要綱

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。）又は香川県が指定した難病に対する医療費助成の支給認定の事務手続及び運営等については、法令によるほか、本要綱に定めるところにより行い、もって支給認定の適正な実施を図るものとする。

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 香川県指定難病（難病のうち、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、知事が指定するものをいう。以下同じ。）の患者又はその保護者を「香川県指定難病の患者等」という。
なお、指定難病及び香川県指定難病を「指定難病等」という。以下同じ。
指定難病等は、別表 1 の疾病とする。
- 3 特定医療（支給認定を受けた指定難病等の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病等及び当該指定難病等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等の患者を「受診者」という。
- 4 特定医療費の支給を受ける指定難病等の患者等を「受給者」という。
- 5 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。
- 6 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

- (1) 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) 香川県指定難病にかかっていると認められる者であって、その病状の程度が本要綱で定める程度である者（生活保護受給者を除く。)

2 特定医療費の対象となる者

特定医療費の対象となる者は、香川県内に住所を有する者で、患者が上記 1 の (1) 又は (2) に掲げるもの。(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)

3 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 3 指定医の指定等

香川県指定難病については、法第 6 条第 1 項に規定する指定医を、香川県指定難病の指定医とみなすものとする。

申請又は届出については、電子情報処理組織（知事の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請又は届出をする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行わせることができる。

第 4 指定医療機関の指定等

香川県指定難病については、法第 14 条第 1 項の規定による指定医療機関を、香川県指定難病

の指定医療機関とみなすものとする。

申請又は届出については、電子情報処理組織（知事の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請又は届出をする者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行わせることができる。

第5 支給認定の要件等

1 所得区分について

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)まで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県による認定を受けた者）である場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。

(4) 指定難病の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 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

- （５） 香川県指定難病の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、受診者以外の香川県指定難病の患者がある場合は、当該香川県指定難病の患者の（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の額の合算額で、次の①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 所得区分の把握について

- （１） 市町村民税額の確認方法

市町村民税（所得割）の額は、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。市町村民税（所得割）の額を把握することができない場合は、所得区分は第 5 の 1（１）に規定する「⑥上位所得」とするものとする。

- （２） 市町村民税（所得割）の額の合算方法

- 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、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法の規定による医療保険）の被保険者又は組合員（以下「被保険者等」という。）である場合は、当該被用者保険の被保険者等の市町村民税（所得割）の額をもって所得区分を把握するものとする。

- 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（所得割）の額及び支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の額を合算した額をもって所得区分を把握するものとする。

- 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（所得割）の額及び支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の額を合算した額をもって所得区分を把握するものとする。

- ④ 受診者が①から③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（所得割）の額をもって所得区分を把握するものとする。

3 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。（指定難病のみ）

- 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、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、規則第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 指定難病の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 指定難病の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5の4 (6) 及び第8の3に基づくこととなる。

4 支給認定世帯

- (1) 支給認定世帯については、(7) 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、(7) 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、特定医療費支給認定申請書（第1号様式の1及び2。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(注)を申請者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。

(注)カード型の被保険者証等については、その券面の写しを提出させるものとする。以下同じ。

- (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、申請者の提示した被保険者証等の写しが支給認定世帯全員のものかどうかの確認を、申請者に住民票を提出させる、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) 支給認定基準世帯員の氏名が記載された被保険者証等の写しについても提出させることとする。
- (6) 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8の2(2)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省略することができるものとする。

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用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。

- (7) 支給認定世帯の特例
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。
- (8) 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、新たな被保険者証の写し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、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こと。

第6 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、その具体的事務処理は次によること。

1 申請について

申請に当たって申請者は、申請書(指定難病にあっては、第1号様式の1、香川県指定難病に

あつては第1号様式の2。)に指定医(第3に規定する指定医をいう。以下同じ。)が作成する診断書(指定難病にあつては、法第6条第1項に規定する診断書、香川県指定難病にあつては、本要綱で定める診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。)、被保険者証等、住民票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つて「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等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、県に申請するものとする。

なお、複数の指定難病にかかっている患者又は、複数の香川県指定難病にかかっている患者については、支給認定を受けようとする当該指定難病又は香川県指定難病につき、それぞれ指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。

また、支給認定を受けようとする患者が、指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受けることが臨床調査個人票により確認できた場合については、申請時に特定疾病療養受療証の有無を確認するよう努めるものとする。

ただし、香川県指定難病に起因する腎臓機能障害については、人工透析療法を受けるために特定疾病療養受療証を所持している場合は、医療費助成の対象外であるため申請することはできない。

これらの資料に加え、次の場合には申請者は必要書類を添付の上、県に申請するものとする。

(1) 軽症高額該当の申請(指定難病)

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添付すること。(第8の2(1)に定める自己負担上限額管理票の写し、若しくは指定難病の治療等に係る医療費の額等を示す領収書等(以下「領収書等」という。))が添付された医療費申告書(第30号様式)、又は医療機関が発行する指定難病等にかかる医療費総額の療養証明書(第11号様式)を用いることとする。)

(2) 高額難病治療継続者の申請(指定難病及び香川県指定難病)

高額難病治療継続者(令第1条第1項第2号ロに規定)の認定に係る申請に当たっては、支給認定の申請書(変更又は更新の場合を含む。)に受診者が高額難病治療継続者の基準に該当する旨を記入し、申請を行う日が属する月以前の12月以内に医療費総額が5万円を超える月数が6月以上あることを証明する書類を添えて県に申請するものとする。

① 医療費の総額は、特定医療に要した費用とすること。ただし、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 添付資料は、原則として自己負担上限額管理票とすること。

ただし、当該管理票に記載がない場合は、領収書等が添付された医療費申告書(第30号様式)、又は指定医療機関が作成する指定難病等にかかる医療費総額の療養証明書(第11号様式)を用いることとする。

③ 支給認定の有効期間中に高額難病治療継続者の基準に該当した場合は、支給認定の変更の申請書に、医療受給者証及び②の添付資料を添えて、県に申請するものとする。

④ 県が行う高額難病治療継続者の負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給

認定の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き高額難病治療継続者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせて高額難病治療継続者の認定に係る申請を行わなければならない。

(3) 人工呼吸器等装着者の申請（指定難病及び香川県指定難病）

人工呼吸器等装着者（令第1条第6項に規定）の認定に係る申請に当たっては、支給認定の申請書（変更又は更新の場合を含む。）に受診者が人工呼吸器等装着者の基準に該当する旨を記入し、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ことを証明する書類を添えて県に申請するものとする。

- ① 添付書類は、指定難病の場合は当該疾病の臨床調査個人票、香川県指定難病の場合は人口呼吸器等装着者に係る診断書（第28号様式）とする。
- ② 支給認定の有効期間中に人工呼吸器等装着者の基準に該当した場合は、支給認定の変更の申請書に、医療受給者証及び①の添付資料を添えて、県に申請するものとする。
- ③ 県が行う人工呼吸器等装着者の負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き人工呼吸器等装着者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせて人工呼吸器等装着者の認定に係る申請を行わなければならない。

(4) 負担上限月額の按分が必要な患者の申請（指定難病）

第5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。）を添付すること。

なお、指定難病の負担上限月額の按分に当たっては、以下のとおりとする。

- ① 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児童福祉法第19条の3第3項に規定する同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等である場合は、当該小児慢性特定疾病児童等の医療受給者証の写しを添付して、県に支給認定の申請を行うものとする。
- ② 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り患した場合は、受給者は、当該小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。
- ③ 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小児慢性特定疾病児童等があるときは、その者の医療受給者証の写しを添付して支給認定の申請を行うものとする。
- ④ 支給認定の有効期間において、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り患した場合は、当該指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、受給者は、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。

(5) 負担上限月額の内訳が必要な患者の申請（香川県指定難病）

第5の1(5)に定める場合に該当する場合は、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香川県指定難病の患者であることを証明する資料（第5号様式の2医療受給者証の写し等とする。）を添付すること。

なお、香川県指定難病の負担上限月額の内訳に当たっては、以下のとおりとする。

- ① 医療費算定対象世帯員のうちに、当該患者以外の支給認定を受けた香川県指定難病の患者があるときは、その者の医療受給者証の写しを添付して支給認定の申請を行うものとする。
- ② 支給認定の有効期間において、医療費算定対象世帯員が香川県指定難病に罹患した場合は、当該香川県指定難病に係る支給認定の申請にあわせて、受給者は、県に負担上限月額の変更に係る申請を行うものとする。

2 臨床調査個人票について

特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、指定難病等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、第3に規定する難病指定医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、難病指定医又は第3に規定する協力難病指定医が作成したものとする。

3 認定の要件

県は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの特定医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討すること。

なお、審査については香川県指定難病専門審査員に意見を求め、適当と認めるときは認定するものとする。

(1) 指定難病の認定要件

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こと。

- 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定に応じ、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。

なお、申請者が軽症高額該当に係る申請を行っている場合は、②の当該患者の病状の程度が重症度分類に照らして一定以上でなくても、軽症高額該当の基準に該当していれば、当該申請を認定すること。

県は、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項に規定する香川県指定難病審査会（以下「香川県指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下「審査」という。）を求めなければならない。

(2) 香川県指定難病の認定要件

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こと。

- ① 受診者が香川県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、香川県指定難病の病状の程度に関する基準を満たしていること。

第7 受診者の医療保険における所得区分の把握について

県は、指定難病の支給認定の申請がなされたときは、受診者に適用される医療保険における所得区分を把握するため、受診者が加入する保険者に対して、医療保険における所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該受診者に適用される所得区分について医療受給者証に記載を行い、当該受診者に適用される所得区分について医療受給者証に記載を行うものとする。

なお、前年度の市町村民税課税情報に基づく医療保険における所得区分認定の有効期限が7月末までとされていることから、被用者保険及び国保組合の加入者については、更新申請等を7月早期に行うものとし、県は、7月下旬までに医療保険における所得区分の認定に必要な書類を添えて保険者に到達するように送付し、照会等を行うものとする。

第8 支給認定

1 支給認定について

(1) 指定難病の支給認定

知事は、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、医療受給者証（第5号様式の1）を交付する。

また、香川県指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に認定しない旨の通知書（第7号様式の1）を交付する。

軽症高額該当基準に該当するものとして支給認定した場合には、受給者証にその旨記載して交付すること。

また、軽症高額該当基準に該当しないため、香川県指定難病審査会の審査を経て、支給認定しなかった場合には、支給認定しない旨の通知書に、病名の診断基準は満たすものの、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨及び軽症高額該当基準に該当しない旨を記載し申請者に交付する。

(2) 香川県指定難病の支給認定

知事は、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、医療受給者証（第5号様式の2）を交付する。

また、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に認定しない旨の通知書（第7号様式の2）を交付する。

(3) 高額難病治療継続者の認定

① 知事は、高額難病治療継続者の認定をする際には、支給認定の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月以上あることを適切に判定するものとする。

② 高額難病治療継続者の認定を行ったときは、医療受給者証にその旨を記載して交付す

るものとする。

なお、支給認定の有効期間内において支給認定の変更の申請を受け、高額難病治療継続者の認定を行った場合の当該認定の効力は、申請を行った日から生じるが、負担上限月額の変更に係る事務については9（2）に定めるところにより行うものとする。

- ③ 高額難病治療継続者の認定をしないこととした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。（第7号様式の1又は2）

（4） 人工呼吸器等装着者の認定

- ① 知事は、人工呼吸器等装着者の認定をする際には、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ことを適切に判定するものとする。

- ② 人工呼吸器等装着者の認定を行ったときは、医療受給者証にその旨を記載して交付するものとする。

なお、支給認定の有効期間内において支給認定の変更の申請を受け、人工呼吸器等装着者の認定を行った場合の当該認定の効力は、申請を行った日が属する月の翌月から生じるものとし、負担上限月額の変更に係る事務については9（2）に定めるところにより行うものとする。

- ③ 人工呼吸器等装着者の認定をしないこととした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。（第7号様式の1又は2）

（5） 按分を行う場合の負担上限月額の決定（指定難病）

- ① 第6の1（4）①又は③の支給認定の申請があったときは、県は申請者の所得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医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療支援に係る医療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とする。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。

また、当該申請者について支給認定を行った旨、所得区分及び按分後負担上限月額を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡するものとする。

また、支給認定をしないこととしたときについても、その旨を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡すること。

- ② 第6の1（4）②又は④の支給認定の変更の申請があり、小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局より支給認定を行った旨、当該支給認定を受けた者の所得区分及び按分後の小児慢性特定疾病医療支援に係る負担上限月額の連絡を受けたときは、県は、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所得区分に応じた小児慢性特定疾病医療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。）を乗じて得た額を按分後負担上限月額とし、医療受給者証の変更を行った上で交付する。

また、按分後負担上限月額とは当該変更の申請があった日が属する月の翌月（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）から適用することとし、その旨を明らかにした書面をあわせて送付するものとする。

- ③ 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の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月（当該連絡があ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）から按分前負担上限月額を適用することとし、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基準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の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月（当該連絡があ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）から按分前負担上限月額を適用することとし、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。

(6) 按分を行う場合の負担上限月額の決定（香川県指定難病）

① 第6の1(5)①の支給認定の申請があったときは、県は申請者の所得区分に応じた按分前負担上限月額に、令第1条第2項に規定する医療費按分率を乗じて得た額を按分後の負担上限月額とする。

② 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基準世帯員の特定医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月から按分前負担上限月額を適用することとし、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。

(7) 境界層措置が適用される要保護者に係る医療費負担の軽減措置及び減免措置適用の優先順位について

特定医療費の支給については、本来適用されるべき所得区分を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い所得区分を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者については、当該より負担の低い所得区分を適用することとしている（当該措置を以下「境界層措置」という。）。

境界層措置が適用される要保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2項に規定する要保護者をいう。）に係る医療費負担の軽減措置を適用する優先順位については、まず特定医療費の軽減措置、次に食費負担の減免措置又は生活費負担の減免措置の順に講ずるものとするものとする。

2 医療受給者証の交付等

(1) 医療受給者証の交付

① 医療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第5の1に定める負担上限月額の認定を行った上で、医療受給者証を交付すること。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を受給者に交付する。

医療受給者証と自己負担上限額管理票は、患者一人につき一式を交付する。

なお、受診者が複数の指定難病又は香川県指定難病にかかっている場合、医療受給者証及び自己負担上限額管理票は、指定難病又は香川県指定難病ごとに、患者一人につき一式を交付するものとする。

- ② 受診者が複数の指定難病にかかっている場合の医療受給者証への記載及び受給者番号の決定は、以下の方法で行うものとする。

ア 県は、支給認定に当たっては、

(i) 当該疾病により人工呼吸器等装着者に該当する等、負担上限月額がより低額となる疾病

(ii) 発症時期がより早い疾病の順に考慮し、第一順位となる疾病を決定すること。

医療受給者証には当該第一順位となる疾病名を最初に記載することとし、複数の指定難病の名称を全て記載すること。

また、医療受給者証に記載する疾病番号は、当該第一順位となる疾病の番号とし、原則として一度定めた番号は変更を行わないものとする。

イ 受診者が複数の疾病にかかっている場合の負担上限月額は、個別の疾病ごとに人工呼吸器等装着者としての該当等を判断し、最も低額となる額とする。

- (2) 特定医療費の支給の範囲は、受診者の指定特定医療（特定医療のうち指定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等に係るものをいう。以下同じ。）に関する費用に限られるものとする。

※ 受診者が、支給認定を受けた指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受ける場合については、特定疾病療養受療証を所持していることを確認し、受診する際にこれを提示することを促すこと。

- (3) 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知事が定める期間とする。また、支給認定の有効期間の開始日は、「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。）」を踏まえて設定する。

- (4) 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ものとする。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県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

- (5) 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、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他県において支給認定を行う理由がなくなったときは、医療受給者証を速やかに県に返還させるものとする。

3 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ものとする。

- (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」として取り扱うこととする。

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5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」として取り扱うこととする。

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」として取り扱うこととする。この場合において、本要綱第5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」として取り扱うこととする。

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」として取扱うこととする。

- (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ものとする。

4 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示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行うものとする。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も差し支えない。

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ものとする。

- (2) 指定難病については、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うことも差し支えない。

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差し支えない。

5 香川県指定難病審査会における判定

第6の3により判定を求められた香川県指定難病審査会は、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、知事に判定の結果を報告するものとする。

6 香川県指定難病専門審査員における審査等

第6の3により意見を求められた香川県指定難病専門審査員は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病等について、その病状の程度について医学的知見に基づく審査を行い、意見を述べるものとする。

7 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を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこと。

8 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、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こと。
- (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こと。
- (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こと。
- (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」とすること。

9 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、変更申請書（第1号様式の1又は2）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、医療受給者証を添えて提出させるものとする。

なお、申請書及び医療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）及び支給認定に係る指定難病の名称のみとする。

上記以外の変更については、変更の生じた理由を証する書類、医療受給者証を添えて特定医療費受給者証等記載事項変更届（第8号様式）をもって届出させるものとする。

- (2) 所得区分又は負担上限月額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）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こととする。変更認定後の負担上限月額の効力は、当該受給者の医療受給者証の有効期間内に限るものとする。
- 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（第7号様式の1又は2）を申請者に交付することとする。
- (3) 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、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。
- (4) 支給認定を受けた指定難病の患者が、支給認定の有効期間において他の指定難病を発症した場合は、規則第33条の規定に基づき支給認定の変更の申請を行うこととなるが、当該他の指定難病については初回の支給認定の申請となるため、変更の申請に当たっては、難病指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。
- また、受診者が他の指定難病を発症したことにより疾病名を追加する等の疾病名の変更の認定が行われた場合であっても、疾病番号は変更しないこととする。
- (5) 支給認定を受けた香川県指定難病の患者が、支給認定の有効期間において他の香川県指定難病を発症した場合は、支給認定の変更の申請を行うこととなるが、当該他の香川県指定難病については初回の支給認定の申請となるため、変更の申請に当たっては、難病指定医が作成した臨床調査個人票を提出させるものとする。
- また、受診者が他の香川県指定難病を発症したことにより疾病名を追加する等の疾病名の変更の認定が行われた場合であっても、疾病番号は変更しないこととする。

10 受給者が転居した場合の取扱いについて

- (1) 指定難病の受給者が、他の都道府県に転出した場合
- ① 受給者は、他の都道府県に転居したとき又は転居することが見込まれるときは、速やかに県に医療受給者証を添えて変更の届出を行うとともに、転出先の都道府県に、新規の支給認定の申請を行うこと。
 - ② 県は、当該受給者に対し、規則第34条の規定に基づき支給認定の取消しを行った旨を書面で通知するものとする。
- 支給認定の取消しに当たっては、県は、転入先の都道府県に対して、当該受給者が支給認定の申請を行った日を確認の上、当該申請日の前日付で取消しに係る通知を行うなど、申請者の医療受給者証の有効期間に空白が生ずることのないよう留意するものとする。

- (2) 他の都道府県の指定難病の受給者が、転入した場合
- ① 他の都道府県の受給者が香川県に転入した場合、転出元の都道府県から交付されていた医療受給者証の写しを添えて、新規の支給認定の申請を行うこと。
 - ② 県は、転居に伴う支給認定の申請があったときは、当該申請者に対し転出元の都道府県から交付されていた医療受給者証の写し又は当該申請者の同意に基づき転出元の都道府県に照会を行い得られた情報をもとに、医学的審査を行うことなく、申請日から県が定める日までを有効期間とする新たな医療受給者証及び自己負担上限額管理票を交付することができるものとする。
なお、有効期間については、転出元の都道府県（医学的審査を行った都道府県に限る。）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月）を超えない範囲とする。
 - ③ 申請者の負担上限月額については、転居により新たに県から支給認定を行った場合であっても、申請者が転居前に負担した額を含め、月ごとの負担上限月額を超えない範囲で負担させるものとする。
- (3) 香川県指定難病の受給者が、他の都道府県に転出した場合
受給者は、他の都道府県に転居したときは、速やかに県に医療受給者証を返却すること。

11 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間の終了後、引き続き支給認定を受けようとする受給者は、有効期間が終了する2か月前までに支給認定の更新（以下「更新」という。）の申請を行わなければならない。ただし、災害その他やむを得ない事由により更新申請期間にその申請をすることができないときは、この限りでない。

申請者は、更新申請書（指定難病にあつては第1号様式の3、香川県指定難病にあつては第1号様式の4）に難病指定医又は協力難病指定医が作成する臨床調査個人票（更新）、被保険者証等、住民票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を添付の上、県に申請するものとする。

支給認定の手続について第6の規定は、更新申請の場合において準用する。

また、支給認定について第8の1から8までの規定は、更新申請の場合において準用する。

第9 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。

- (4) なお、香川県指定難病の受給者が、県外の指定医療機関で医療等を受けた場合、又は公費助成対象の介護サービスを受けた場合は、審査支払機関を通じての公費助成が行えず、償還払いとなるため、上記(2)及び(3)の取扱いをすることができない。このため、管理票については、医療費総額と医療保険の自己負担額を記載するものとする。

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こと。

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こと。

第10 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県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

知事は、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。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を、各月ごとに公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付するものとする。

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させるものとする。

ただし、香川県指定難病の受給者が、県外指定医療機関で受診した場合又は介護保険のサービスを受けた場合については、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を通じた請求及び支払をすることはできないため、償還払いとなる。

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）並びに社会保険診療報酬支払基金香川支部長及び香川県国民健康保険団体連合会理事長と知事との契約の定めるところによることとする。

5 特定医療費の償還払いについて

やむをえない事由により、受給者が特定医療費の公費助成分を支払った場合、知事は、当該受給者の請求に基づき、公費助成に相当する額を支払うものとする。（第 12 号様式の 1）

なお、受給者死亡の事実が判明した場合は、当該特定医療費の償還払いに関する申し出を依頼し、その申出人からの請求に基づき、申出人名義の口座に公費助成に相当する額を支払うものとする。ただし、この取扱いの対象とできる特定医療費の償還払いは、50 万円未満のものに限る。（第 12 号様式の 2）

第 11 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なる。

2 書類の経由

第 6 又は第 8 の 9 の規定により県に提出する書類は、受診者又はその保護者の住所地を管轄する保健所長（住所地が高松市にある場合を除く）を経由して提出するものとする。

附 則

この要綱は、平成 27 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成 27 年 3 月 23 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 27 年 7 月 1 日から適用する。
- 2 この要綱の適用の際現に香川県指定難病専門審査会の意見を求める手続を開始している支給認定申請の当該手続については、なお従前の例による。
- 3 平成 27 年 9 月 30 日まで、香川県指定難病のうち改正前の要綱第 2 の 2 及び別表 1 に規定するネフローゼ症候群、進行性筋ジストロフィー又は慢性腎不全のうち原疾病が指定難病であるものの受給資格を有している受給者に対する特定医療費の支給については、なお従前の例による。
- 4 受診者が、香川県指定難病のうち改正前の要綱第 2 の 2 及び別表 1 に規定するネフローゼ症候群又は進行性筋ジストロフィーの支給認定を受けており、かつ指定難病の一次性ネフローゼ症候群又は筋ジストロフィーの認定基準を満たしていない場合は、当該受診者については、ネフローゼ症候群又は進行性筋ジストロフィーはなお香川県指定難病であるものとみなして、この要綱を適用する。

この場合においては、指定難病の一次性ネフローゼ症候群又は筋ジストロフィーの認定申請を香川県指定難病の更新申請とみなして認定審査を行うものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成 29 年 1 月 1 日から適用する。
- 2 ただし、第 1 号様式の 3、第 1 号様式の 4、第 5 号様式の 1、第 5 号様式の 2 及び第 29 号様式については、平成 29 年 3 月 27 日から適用する。
- 3 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から適用する。

なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成 29 年 7 月 1 日から適用する。
なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成 30 年 3 月 1 日から適用する。
なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。
- 3 ただし、第 31 号様式については、平成 30 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和元年 7 月 1 日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和 2 年 3 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和 2 年 6 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和 3 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 ただし、改正前の様式の内、第 31 号様式については、令和 3 年 6 月 30 日までの申請において、従前のおり適用できるものとする。
- 3 また、その他の改正前の様式による用紙は、当分の間、使用できることができるものとする。

附 則

この要綱は、令和 3 年 11 月 1 日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は令和 4 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。
- 3 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は令和5年4月1日から適用する。
- 2 なお、改正前の様式による受給者証は、有効期間中、引き続き使用することができるものとする。
- 3 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和5年10月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は令和6年4月1日から適用する。
- 2 改正前の様式による用紙は、当分の間、使用することができるものとする。