

京都市特定医療費（指定難病）支給認定実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、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。）に規定する特定医療費に関する支給認定手続きに関し、法、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。）、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。）及び「特定医療費支給認定実施要綱（平成26年12月3日付け健発第1203第1号）」並びに「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等について（平成26年12月10日付け健疾発第1210第1号）」に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（用語）

第2条 この要綱において使用する用語は、法において使用する用語の例による。

（申請書）

第3条 規則第12条第1項に規定する支給認定の申請書は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・転入）（第1号様式）とする。

2 支給認定の有効期間の終了に際し、支給認定を継続するため（以下「更新」という。）の申請書は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（継続）（第2号様式）とする。

（支給認定等）

第4条 市長は、法第7条第1項に規定する支給認定を行ったときは、特定医療費（指定難病）受給者証（第3号様式）及び自己負担上限額管理票（第4号様式）を支給認定患者等に交付し、支給認定をしないこととしたときは、特定医療費（指定難病）支給不認定通知書（第5号様式）及び医療費申告書（第6号様式）を申請者に交付するものとする。

2 前項の受給者証の有効期間は原則1年以内とする。ただし、市長が必要と認める場合には、その期間を1年6か月まで延長することができるものとする。

3 指定難病の患者であって、法第7条第1項第1号に定める重症度分類を満たすことで支給認定を受ける者の受給者証の有効期間の開始日は、次の各号のいずれか遅い日まで遡ることができるものとする。

(1) 指定医が重症度分類を満たしていると診断した日

(2) 当該支給認定の申請のあった日（以下「申請日」という。）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のやむを得ない理由があるときは最長3か月前の日

4 法第7条第1項第2号に基づき令第2条で定められる基準（軽症高額該当基準）を満たすことで支給認定を受ける者の受給者証の有効期間の開始日は、次の各号のいずれか遅い日まで遡ることができるものとする。

(1) 軽症高額該当基準を満たした日の翌日

(2) 申請日から原則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のやむを得ない理由があるときは最長3か月前の日

5 申請書類が整備された日から第1項による支給認定等までの標準処理期間は60日とする。ただし、京都市指定難病審査会による審査その他の調査が必要な場合はこの限りでない。

(支給認定の変更の申請等)

第5条 規則第13条第1項に規定する申請内容の変更の様式及び規則第33条第1項に規定する支給認定の変更の申請様式は、特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書（第7号様式）とする。

2 変更の必要がないと判断した場合は、特定医療費（指定難病）支給不認定通知書（第5号様式）を申請者に交付するものとする。

(療養費申請)

第6条 市長が特別な事由があると認めたときは、受給者は、特定医療費（指定難病）申請書（療養費払分）（第8号様式）及び特定医療費（指定難病）療養証明書（第9号様式）並びに指定医療機関における特定医療費の支払いに係る領収書等を添付して、市長に申請することができる。

なお、受給者が死亡している場合は、故受給者の相続人の申請同意書（第10号様式）と、相続人が全員記載された戸籍謄（抄）本（原本）の添付が必要となる。

2 市長は、前項の請求を受理したときは、その内容を点検し、支給認定を行ったときは、特定医療費（指定難病）支給決定通知書（第11号様式）を申請者に交付し、速やかに特定医療費を支払うものとし、支給を認定しないこととしたときは、特定医療費（指定難病）不支給決定通知書（第12号様式）を申請者に交付するものとする。

(受給者証の再交付)

第7条 受給者は、受給者証が破れ、汚れ又は紛失したときは、特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書（第13号様式）を市長に申請しなければならない。

(受給者証の返還)

第8条 受給者は、次の各号に該当する場合は、特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書（第7号様式）とともに、受給者証を速やかに市長に返還しなければならない。

- (1) 受給者が治癒したとき
- (2) 受給者が死亡したとき
- (3) 他法へ移行したとき
- (4) 受給者が本市以外の区域に転出したとき
- (5) 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

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、特定医療費支給認定の事務手続き及び運営等に関して必要な事項は、障害保健福祉推進室長が別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和４年４月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和４年９月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和５年１０月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和６年１２月２日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和７年５月７日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和７年７月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和８年３月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和８年４月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和８年７月１日から施行する。

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・市外転入）

※ 該当する新規、市外転入のいずれかに○をしてください。

(宛先) 京都市長										年 月 日											
申請者の住所 〒 京都市 区 (電話) —										申請者の氏名 ※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 続柄 ()											
受診者が18歳未満の場合の、申請者となる保護者の個人番号（マイナンバー）																					
現在の受給者番号 (新規の方は記入不要)							受給者証有効期限 (新規の方は記入不要)			年 月 日											
受診者	住所	☐ 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。） 〒 —										電話 —									
	(旧住所)	都・道・府・県 市区・町・村 (記入が必要な場合) ※ 市外転入者、1月～6月申請で前年1月1日の住所地が現住所と異なる、7月～12月申請で同年1月1日の住所地が現住所と異なる																			
	フリガナ											年齢	歳	生年月日	年 月 日						
	氏 名	☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)																			
	加入医療保険	☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおりです。（医療保険の資格情報が確認できる資料を添付）																			
		被保険者氏名					☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください)					受診者との続柄									
		保 険 種 別					市町村国保・後期高齢・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済組合・その他														
		資 格 取 得 日					年 月 日														
		記号・番号					記号					保険者名称									
	番号																				
送付先	↓ 申請者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。																				
	住 所	〒 —										(固定電話) — (携帯電話) —									
	フリガナ											受診者との関係									
	氏 名																				
特例該当 (該当する箇所に ☑してください)	☐ 軽症高額特例 ※		※ 疾患ごとに定められた認定基準のうち、重症度不足の場合でも、指定難病に関する医療費総額が、申請月から起算して過去12か月間に、33,330円を超える月が3か月以上ある場合は公費助成の対象となる。 ただし、発症日と診断された日以降の医療費が対象である。																		
	☐ 生活保護該当者																				
	☐ 人工呼吸器 又は 体外式補助人工心臓装着者																				
	☐ 高額かつ長期特例 ※		※ 市民税課税世帯で、申請月から起算して過去12か月間に、小児慢性特定疾病の医療費助成及び特定医療費の月ごとの医療費総額（10割）が5万円を超える月が6か月以上ある場合																		
	☐		受診者と同じ世帯内（同じ医療保険等の加入者）に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいる場合										☐	指定難病	☐	小児慢性	氏名		受給者番号		
☐			指定難病	☐	小児慢性	氏名		受給者番号													

《事務処理使用欄》

※有効期間					※階層区分					※適用区分						
年 月 日 ～ 年 月 日					生・低Ⅰ・低Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ・上											
摘要	転入元自治体での継続申請状況【 申請済み ・ 未申請 】										未添付 書類	保険資格確認資料 上 限額管理票 ()				

受 付 印

【裏面にも記入をお願いします】

裏面

《記入事項 続き》

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 ※ (市外転入の方は記入不要)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 ()
※ 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から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		

□ 支給認定基準世帯員情報

受診者と同一の医療保険に加入する方（市町村国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合は世帯の同一保険の方全員を、それ以外の保険（被用者保険）に加入の方は受診者本人と被保険者のみ）を記入してください。生活保護受給の方は、受診者本人（及び受診者が18歳未満の場合は保護者）を記入してください。個人番号（マイナンバー）も記入してください。

(宛先) 京都市長
1 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により申請をします。
2 受給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。
3 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。
4 （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の受給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。

	続柄	基準世帯員氏名	生年月日	住所（受診者と異なる場合のみ記入）
				個人番号(マイナンバー)
1	受診者本人	フリガナ	年 月 日	
2		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
3		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
4		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
5		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
6		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ
7		フリガナ	年 月 日	□受診者と同じ

【市民税非課税世帯の方のみ】 収入に関する申立欄	①～③のうち、該当する項目に☑をしてください。 ※対象となる収入は、基準年1月～12月の間の収入（合計所得金額、課税年金収入及び非課税収入の合計）です。 なお、基準年とは、1月～6月の申請の場合は前々年。7月～12月の申請の場合は前年です。 ※対象となる収入が、82,65万円超の方の自己負担上限額は5,000円、82,65万円以下の方の自己負担上限額は2,500円と
	☐ ① 障害基礎年金等の非課税収入*があります。 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付します。 ※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことです（以下②③も同様）。 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金 労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当
	☐ ② 障害基礎年金等の非課税収入*がありますが、 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付しません。 自己負担上限月額が「5,000円」となることに同意します。
	☐ ③ 障害基礎年金等の非課税収入*はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）

□ 主に受診を希望する指定医療機関

主に受診を希望する指定医療機関を御記入ください。
なお、特定医療費（指定難病）受給者証に医療機関名は記載されませんが、全国の指定医療機関※で使用可能です。
※病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等

医療機関等の名称	所在地
□病院、診療所	電話 —

年度 特定医療費(指定難病)
支給認定申請書[継続]

記載内容に修正がある場合は、その部分を二重線で消して、朱書きで修正内容を記入してください。

項目		登録内容										
受診者基本項目	現在の受給者番号											
	疾病名：番号	①					②					
		③					④					
	氏 名						年齢		生 年 月 日			
	住 所						電話番号					
	加入医療保険	被保険者氏名						受診者との続柄				
		保険種別						保険者名称				
記号・番号							適用区分					
送付先	氏名						受診者との関係					
	住所						電話番号					
受診者個別項目	特例該当	※以下の太枠の項目（軽症高額特例又は高額かつ長期特例）に☑を記入した（又は■が印字されている）場合、自己負担上限額管理票の写し（申請月から起算して過去12か月間）を添付してください。										
		軽症高額特例		※申請月から起算して過去12か月間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上								
		高額かつ長期特例		※市民税課税世帯で、申請月から起算して過去12か月間に、上記の難病または小児慢性特定疾病に関する月ごとの医療費総額が5万円を超える月が6回以上								
		生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者				人工呼吸器又は体外式補助人工心臓装着者						
		受診者と同じ世帯内（同じ医療保険等の加入者）に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいる場合		指定難病		小児慢性	氏名		受給者番号			
				指定難病		小児慢性	氏名		受給者番号			

※ 裏面も必ず記入してください。

※ 申請書と臨床調査個人票（指定難病の診断書）の2つとも揃えて提出されていない場合や白紙等の不備がある場合は、申請の受付ができません。

保健福祉センター受付印	京都市受付印

☐ 支給認定基準世帯員情報

受診者同一の医療保険に加入する方（国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合は世帯の同一保険の方全員を、それ以外の保険（被用者保険）に加入の方は受診者本人と被保険者のみ）を記入してください。生活保護受給の方は、受診者本人（及び受診者が18歳未満の場合は保護者）を記入してください。個人番号（マイナンバー）も記入してください。

（宛先） 京都市長

- 1 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により申請をします。
- 2 重症度を満たさない場合は軽症高額特例の適用を申請し、自己負担上限額管理票（申請月を含む12か月分）の写しを提出します。
- 3 受給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。
- 4 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。
- 5 （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の受給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。

		続柄	基準世帯員氏名	生年月日	住所（受診者と異なる場合のみ記入） 個人番号（マイナンバー）
【必ず記入してください】	1	受診者本人	フリガナ	年 月 日	☐ オモテ面受診者基本項目と同じ
	2		フリガナ	年 月 日	☐ 受診者と同じ
	3		フリガナ	年 月 日	☐ 受診者と同じ
4		フリガナ	年 月 日	☐ 受診者と同じ	
5		フリガナ	年 月 日	☐ 受診者と同じ	
6		フリガナ	年 月 日	☐ 受診者と同じ	

【市民税非課税世帯の方のみ 収入に関する申立欄】	①～③のうち、該当する項目に☐をしてください。 詳しくは、同封の「②特定医療費（指定難病）支給認定継続申請のご案内」の見開き3ページの「⑥ 支給認定基準世帯が市民税非課税世帯の方」をご確認ください。
	☐ ① 障害基礎年金等の非課税収入*があります。 基準年1月～基準年12月の受給金額が確認できる書類（通知書）を添付します。 ※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことです（以下②③も同様）。 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金 労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当
	☐ ② 障害基礎年金等の非課税収入*がありますが、 基準年1月～基準年12月の受給金額が確認できる書類（通知書）を添付しません。 自己負担上限月額が「5,000円」となることに同意します。

☐ ③ 障害基礎年金等の非課税収入*はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）

オモテ面

指定医療機関名	難病法に基づく全国の指定医療機関で受診可				
負担	人工呼吸器等装着		高額かつ長期		
	同一世帯内指定難病又は小児慢性		軽症高額特例		
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名		続柄		
	住所				

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			
受給者	氏名		
	生年月日		
	住所		
病名			
有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
自己負担上限額		月額	円 階層区分
上記のとおり認定します			
令和 年 月 日 京都市長		京都市長之印 障害保健福祉推進室専用	

ウラ面

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に対する医療に限られています。この証は、認定された受診者本人、認定された疾病、認定された医療機関での治療以外には使用できません。
3 難病法の規定で指定された医療機関での診療等が特定医療費の対象となります。
4 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証と「自己負担上限額管理票」を必ず窓口に提出してください。
5 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったとき、又は市外に転出されたときは、14日以前京都市長にその旨を届け出てください。 ※ 手書きによる住所変更、氏名変更等について、京都市による確認印無きものは無効です。
6 治愈、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに京都市長に返還してください。
7 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、京都市長にその旨を届け出てください。
8 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きを行ってください。
9 その他特定医療費の受給に関しての問合せは、右記に連絡してください。

備考

問合せ先		
京都市特定医療費認定事務センター		075-748-1200
北区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-432-1285
上京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-441-5121
左京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-702-1131
中京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-812-2594
東山区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-561-9130
山科区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-592-3479
下京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-371-7217
南区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-681-3282
右京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-861-1451
同 京北出張所	(保健福祉第二担当)	075-852-1816
西京区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-381-7666
洛西支所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-332-9275
伏見区役所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-611-2392
深草支所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-642-3574
醍醐支所保健福祉センター	障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-571-6372

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象疾患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うえで診療報酬の請求をお願いします。

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

新しい管理票を使い始めた後又は市外へ
転出された後も1年間は大切に保管して
ください。

受給者番号	
受給者氏名	



大切に保管し、医療機関受診時は必ず携帯してください。

指定難病の患者・家族の皆様へ

- 受給者証が交付されたら、すぐにお名前と受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。
- この冊子は、特定医療費（指定難病）の認定を受けている方が、指定された医療機関・薬局等で、指定難病に関する検査や治療等を受けた場合に、1箇月の自己負担上限額を確認するためのものです。
その他、各種特例（高額かつ長期など）を受ける場合に、この冊子の内容を使用することがあります。
- 難病法の規定で指定された医療機関や薬局等を利用するときに、必ず窓口に提出してください。
- 1箇月の支払額合計が、受給者証に記載された自己負担上限額に達したときは、以後、その月の窓口での支払いは不要になります。
- 特定医療費（指定難病）とは別に、福祉医療を受けている場合、窓口での支払額が管理票上の「自己負担額」「自己負担累積額（月額）」と異なる場合があります。
- 記載ページがいっぱいになった場合や本冊子を紛失した場合は、各区役所・支所保健福祉センター障害保健福祉課又は京北出張所で新しい冊子をお受け取りください。

指定医療機関の窓口の皆様へ

- 受給者が、指定難病において、医療機関、薬局及び訪問看護ステーションでお支払になる金額を、窓口で記載してください。また、受診月ごとに記載してください。
- 特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療を受けている場合にも、管理票上は特定医療費の適用内容のみを記載してください。※福祉医療の内容は記載しません。
- 1箇月の自己負担累積額が、自己負担上限額に達した場合には、その月は受給者から自己負担上限額を徴収しないでください。
- 1ページで1箇月の自己負担上限額に達しない場合は、次のページに引き続き記載してください。
- 次年度以降の自己負担上限額の軽減や認定のため、医療費総額を確認する場合があります。そのため、自己負担上限額に達して以降も、管理票への記載をお願いいたします。
- 受診ごとに自己負担累積額を確認いただき、月額自己負担上限額に達したことを確認した医療機関等が「日付」、「医療機関名」を記入して押印してください。
- 基本的な記載方法等については、京都市情報館(京都市ホームページ)に掲載の「特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法について」を御参照ください。

記入例

〇〇年〇月分自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号
------	--	-------

月額自己負担上限額 5,000円

日 付	指定医療機関名	医療費総額 (10割負担分)	自己負担額 (円)	自己負担の累積額 (月額)(円)	確認印
〇月1日	□□病院	12,000円	2,400	2,400	印
〇月1日	△□薬局	10,000円	2,000	4,400	印
〇月2日	△△医院	5,000円	600	5,000	印

1箇月支払額を医療機関や薬局等で記入します。自己負担上限額5,000円の場合、3回目の支払額は計算上1,000円であっても前回までの累積額が4,400円なので、実際に支払う額は600円になります。

※ 特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療を受けている場合は、実際の支払額と異なることがあります。

支払額の合計が、限度額に達したことを確認した医療機関、薬局等が記載します。

上記のとおり月額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
〇月×日	△△医院	印

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

日 付	指定医療機関名	医療費総額 (10割負担分)	自己負担額 (円)	自己負担の累積額 (月額)(円)	確認印

上記のとおり、月額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

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

○問合せ先

京都市特定医療費認定事務センター	075-748-1200
北区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-432-1285
上京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-441-5121
左京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-702-1131
中京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-812-2594
東山区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-561-9130
山科区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-592-3479
下京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-371-7217
南区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-681-3282
右京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-861-1451
同 京北出張所 (保健福祉第二担当)	075-852-1816
西京区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-381-7666
洛西支所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-332-9275
伏見区役所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-611-2392
深草支所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-642-3574
醍醐支所保健福祉センター 障害保健福祉課(障害難病支援担当)	075-571-6372

年 月 日

京都市長

市長印

申請者

様

不認定通知書

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による特定医療費の支給認定に係る申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

病名

理由

教示事項

(不服申立てについて)

- 1 この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して3箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。

(障害福祉サービス等について)

- 1 本通知は「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（平成17年法律第123号）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年毎）に申請し指定難病の研究の推進にご協力ください。

京都市保健福祉局
京都市特定医療費認定事務センター
郵便番号
住所
電話番号
FAX番号

年 月 分 医療費申告書

住 所 _____

氏 名 _____

整理番号 _____

☐指定難病 ・ ☐小児慢性特定疾病（該当するものに☒）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御記入ください。

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、軽症高額該当を理由として申請しようとする方は、33,330円を超えることが分かる範囲まで御記入いただくことで差し支えありません。

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書兼届出書

（宛先） 京都市長														年 月 日			
申請者の住所 〒 京都市 区 （電話） —														申請者の氏名 ※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 続柄（ ）			
特定医療費の支給認定内容について、変更申請します。 ・ 支給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。 ・ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。 ・ （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の支給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。																	
現在の受給者番号								受給者証有効期限				年 月 日					
受診者	住 所 （変更の場合、 変更後の住所）	☐ 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。） 〒 —												電話		—	
	（旧住所）	都・道・府・県 市区・町・村 ※申請年の1月1日時点の住所地が現住所と異なる場合のみ記入															
	フリガナ													年齢	歳	生年月日	年 月 日
	氏 名 （変更の場合、 変更後の氏名）	☐ 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。）															
	個人番号 （マイナンバー）																
保護者	住 所 （変更の場合、 変更後の住所）	〒 —												電話		—	
	フリガナ													受診者との関係			
	氏 名 （変更の場合、 変更後の氏名）																
送付先	住 所 （変更の場合、 変更後の住所）	〒 —												電話		—	
	フリガナ													受診者との関係			
	氏 名 （変更の場合、 変更後の氏名）																
（該当する内容に☑） 変更の内容		☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 生活保護等の受給（開始・停止・廃止） ☐ 人工呼吸器等装着者の支給認定 ☐ 高額かつ長期の支給認定 ※特定医療費の受給者のうち、市民税課税世帯で、 月ごとの医療費総額が、5万円を超える月が、 申請月から起算して過去12箇月間に6回以上 ☐ 返還（治癒・死亡・他法・転出・その他） ☐ 送付先の変更												以下の変更は、裏面も御記入ください。 ☐ 疾病追加〔疾病名： 〕 ☐ 疾病変更〔疾病名： 〕 ☐ 加入医療保険の変更 ☐ 同一医療保険加入者（支給認定基準世帯員） の変更（世帯員が増えた・減った） ☐ 個人番号（マイナンバー）の変更 ☐ 受診者と同一世帯の方（同じ医療保険等の 加入者）が特定医療費（指定難病）又は小児 慢性特定疾病の受給を開始 ☐ その他〔 〕			
		変更年月日 （疾病追加・疾病変更の 方は当欄記入不要。 裏面に御記入ください。）		年 月 日													

＜事務処理使用欄＞

※有効期間			※階層区分			※適用区分		
年 月 日 ～ 年 月 日			生・低Ⅰ・低Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ・上					
添付 書類	☐ 特定医療費受給者証写し ☐ 臨床調査個人票 ☐ 保険資格確認資料写し						再交付	
	☐ 自己負担上限額管理票 ☐ 領収書 ☐ その他（ ）						希望あり 希望なし	

受 付 印

☐
疾病追加・疾病変更

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 ※ (疾病追加・疾病変更の方のみ記入)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 〔 〕
※ 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基本を満した日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から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		

☐
加入医療保険の変更

加入医療保険	被保険者氏名	☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)		受診者との続柄	
	保 険 種 別	市町村国保・後期高齢・協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保組合・その他			
	資 格 取 得 日	年 月 日			
	記号・番号	記号		保険者名称	
		番号			
☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり（医療保険の資格情報が確認できる資料を添付）					

- ☐
支給認定基準世帯員、個人番号の変更（変更のあった世帯員のみ記入してください。）
- ・支給認定世帯基準世帯員とは、受診者と同じの医療保険に加入する方（市町村国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合は世帯の同一保険の方全員を、それ以外の保険（被用者保険）加入の方は受診者本人と被保険者のみ）を指します。生活保護受給の方は、受診者本人（及び受診者が18歳未満の場合は保護者）です。
 - ・個人番号（マイナンバー）も記入してください。
 - ・非課税世帯の場合は、収入に関する申立欄にも記入してください。
 - ・受診者が18歳未満の場合の、申請者となる保護者の個人番号（マイナンバー）の変更についても、当欄を使用してください。

	続柄	基準世帯員氏名	生年月日	住所（受診者と異なる場合のみ記入）
				個人番号（マイナンバー）
増・減		フリガナ		☐ 受診者と同じ
増・減		フリガナ		☐ 受診者と同じ
増・減		フリガナ		☐ 受診者と同じ
増・減		フリガナ		☐ 受診者と同じ
増・減		フリガナ		☐ 受診者と同じ

【市 民 税 非 課 税 世 帯 の 方 の み 】 収入に関する申立欄	①～③のうち、該当する項目に☑をしてください。 ※対象となる収入は、基準年1月～12月の間の収入（合計所得金額、課税年金収入及び非課税収入の合計）です。 なお、基準年とは、1月～6月の申請の場合は前々年。7月～12月の申請の場合は前年です。 ※対象となる収入が、82.65万円を超える方の自己負担上限額は5,000円、82.65万円以下の方の自己負担上限額は2,500円となります。	
	☐ ① 障害基礎年金等の非課税収入※があります。 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付します。 ※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことです（以下②③も同様）。 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金 労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当	
	☐ ② 障害基礎年金等の非課税収入※がありますが、 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付しません。 自己負担上限額が「5,000円」となることに同意します。	
	☐ ③ 障害基礎年金等の非課税収入※はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）	

☐
受診者と同じ世帯の方（同じ医療保険等の加入者）で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を開始した場合

医療費助成の種類	氏名	受給者番号	医療費助成の種類	氏名	受給者番号
☐ 指定難病 ☐ 小児慢性			☐ 指定難病 ☐ 小児慢性		

特定医療費（指定難病）申請書（療養費払分）

関係書類を添えて、医療費の支給を申請します。

また、この申請に関して、京都市が必要に応じ医療機関及び健康保険組合等に対し、照会することについて同意します。

(宛先) 京都市長	年 月 日
申請者の住所 〒 京都市 区	申請者の氏名
(固定電話) - (携帯) - -	※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 受給者との続柄 ()

受給者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者番号		自己負担上限額	円
	受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

振込口座	金融機関		銀行・農協 信金・信組	普通 ・ 当座				
		本店・支店						
	口座番号							
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同じ							

申請金額	円
☐ 別添の領収書等の領収金額（健康保険適用分）から一部負担金等を差し引いた金額	

添付書類	☐ 特定医療費（指定難病）受給者証（写し）
	☐ 自己負担上限額管理票（写し）
	☐ 医療機関等の領収書（原本）（ 枚）【レシートは不可】
	☐ 医療機関等の特定医療費（指定難病）療養証明書
	☐ 口座確認書類（通帳又はキャッシュカード）の写し
	☐ 【交付されている方のみ】加入保険の限度額適用認定証（写し）
	☐ 【交付されている方のみ】高額療養費支給決定通知書
	☐ 確定申告（医療費控除）等に領収書が必要となるため返却を希望します。

委任状	私（委任者）は受任者に上記の医療費に係る（ ☐ 申請書の提出、 ☐ 医療費の受領）を委任し、代理権を授与します。				
	受任者	住所	電話 -		受給者との続柄
		氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	委任者	住所			
氏名		Ⓜ	委任日	年 月 日	

○ 留意点

- 振込口座は、申請者の口座が基本です。なお、申請者と受給者が異なる場合、又は振込口座の口座名義人と受給者が異なる場合は、委任状欄の記入及び押印が必要です。（受給者が18歳未満で、保護者が申請者の場合は不要）
- 申請の対象者は、受給者証の有効期間内の医療で、かつ指定難病に係る医療費に限ります。
- 裏面の注意事項等をお読みください。
- 受給者が死亡されている場合は、故受給者の相続人の申請同意書と、相続人が全員記載された戸籍謄（抄）本（原本）を添付してください。

本市使用欄	不足書類	
	支給決定金額	円

【裏面】

特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けた方へ（必ずお読みください）

- 特定医療費は原則として、指定医療機関に対して京都市が支払う制度です。
- これから指定医療機関で特定医療（指定難病）の診療を受けられる場合は、「特定医療費（指定難病）受給者証」と「自己負担上限額管理票」を窓口に提示してください。
- ただし、受給者証の有効期間の開始日から、証の交付を受けるまでの間、特定医療費に相当する医療費をすでに指定医療機関に支払った場合には、この申請書により、自己負担上限額との差額を京都市へ請求することが可能です。
- 療養証明書につきましては、指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）ごとの証明となりますので、必要枚数をコピーしてください。

～お支払について～

- 指定難病にかかる保険適用分の医療費が助成対象です。
（入院個室料、診断書料などは対象外です。）
- 指定医療機関で行われるもの以外は対象外です。
【例：「施術所」でのはり、きゅう及びあん摩・マッサージ等】
・入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外です。
- 医療費助成は、保険適用分の医療費患者負担額のうち、高額療養費までの額が上限となります。それを超える場合は、高額療養費となりますので、申請方法は加入の健康保険へお問い合わせください。（高額療養費の金額確定後に、特定医療費を支給いたします。）

～申請書の注意事項～

- 支給決定額の欄は記入しないでください。

○この用紙は**指定医療機関**（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）**ごとに記入してもらってください。**
○証明が3箇月を超える場合又は、複数の指定医療機関で証明をもらう場合は、**必要枚数をコピーしてください。**

特定医療費（指定難病）療養証明書

受給者番号							受給者氏名			
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
健康保険 種別 負担割合			診療年月 (総点数) (患者負担額)		診療実日数		保険診療点数		患者負担額	
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間		点		円		
			通院	日		点		円		
			薬局	日		点		円		
			介護保険 サービス	日		単位		円		
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間		点		円		
			通院	日		点		円		
			薬局	日		点		円		
			介護保険 サービス	日		単位		円		
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割	年 月 分 (※1 点) (※2 円)	入院	日間		点		円		
			通院	日		点		円		
			薬局	日		点		円		
			介護保険 サービス	日		単位		円		
備考欄 上記のとおり領収したことを証明します。 所在地 名称 代表者 問合せ先 () - 記入者 (年 月 日) 印										

- 指定医療機関の皆様へ（裏面もあります。）
- 1 特定医療費（指定難病）の保険点数の証明は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病について受給者証の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。（なお、有効期間開始日が月途中の場合の入院や、指定難病以外の医療がある場合は、※1に1箇月の総点数を、※2に1箇月の総患者負担額を御記入ください。）
 - 2 入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外となります。
 - 3 介護保険サービスの証明の場合は、備考欄に地域単価（5級地 10.70円など）を御記入ください。
 - 4 証明印は、病院等の印ではなく、必ず代表者印を押印してください。
 - 5 診療支払い時点で他の医療費助成をお持ちの場合は、「備考欄」にその旨を記入のうえ、「患者負担額」欄には当該助成適用後の患者負担額を御記入ください。
 - 6 証明書の内容で不明な点につきましては、記入者様に確認させていただきます。

【裏面】

指定医療機関の皆様へ

【対象医療】

特定医療費（指定難病）として認定された疾患やその疾患に附随して発生する傷病に対する治療、投薬に対する部分で保険適用となっているもの

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料、介護保険サービス利用料等及び当該治療を継続するために必要な治療費

- 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された特定医療費（指定難病）のみです。
指定医療機関ではない医療機関は記入できません。
- 特定医療（指定難病）に係る保険適用分の医療費について、特定医療費（指定難病）受給者証の有効期間内に患者が自己負担された分のみを御記入ください。
- 証明が3箇月を超える場合又は、複数の指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）で証明が必要な場合は、証明部分について必要枚数をコピーしてください。

～証明書の注意事項～

- 健康保険の種別は必ず記入してください。
- 入院時の食事療養費及び生活療養費は対象外となります。
- 患者負担額は有効期間内で患者様が特定医療に対して負担された金額を記入してください。（通常の点数計算と金額が相違する場合は備考欄に記入願います。）
- 訂正箇所が生じた場合は、————（二重線）を引き、その上に証明印と同じ印を押印してください。
- 証明印は、医療機関印ではなく代表者印（院長印や理事長印、又は代表者の印の個人印）を押印してください。
- 院外処方の場合は、調剤薬局別に証明を受けてください。
- 介護保険申請の場合は、備考欄に地域単価 京都市（5級 10.70 円など）を御記入ください。
- 書類に何か不備があった場合は、申請者又は医療機関に返送させていただきます。

【記入例】

健康保険 種別 負担割合		診療年月 (総点数) (患者負担額)	診療実日数		保険診療点数	患者負担額
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	3割 割 割 割 割	令和○年 4 月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	10 日間	○○○○○点	○○○○○円
			通院	2 日	×××点	×××円
			薬局	日	点	円
			介護保険 サービス	日	単位	円
社 保 国 保 前期高齢 後期高齢 介護保険	割 割 割 割 1割	令和○年 5 月分 (○○○○点) (△△△△円)	入院	日間	点	円
			通院	日	点	円
			薬局	日	点	円
			介護保険 サービス	2 日	×××単位	×××円
備考欄						
○年△月から、重度心身障害者医療を適用 地域単価 5級地 10.70円						

同意書

特定医療費（指定難病）受給者_____の死亡に伴い、特定医療費療養費を下記の者が申請し、受領することに同意します。

年 月 日

※記名押印又は自筆による署名

住 所	
氏 名	⑩ （受給者との続柄： ）
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ （受給者との続柄： ）
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ （受給者との続柄： ）
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ （受給者との続柄： ）

記

【お受け取りになる方】

○ 住 所 （〒 ）

○ 電話番号

○ 氏 名 ⑩ （受給者との続柄： ）

※記名押印又は自筆による署名

（添付書類）故受給者の相続人が全員記載された戸籍謄（抄）本（原本）を添付すること。
また、転籍している場合は、転籍前の戸籍も必要。

京都市指令保障第 号

年 月 日

京都市長

市長印

特定医療費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました特定医療費の支給につきまして、下記のとおり決定しましたので、通知します。

公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名
対象期間		支給額
○年 月 ~ ○年 月		

(内訳)

診療年月

支給金額

年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円

京都市保健福祉局
京都市特定医療費認定事務センター
郵便番号
住所
電話番号
F A X 番号

京 都 市 指 令 保 障 第 号
年 月 日

京都市長

市長印

特定医療費（指定難病）不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました特定医療費（指定難病）支給申請は、以下の理由により不承認とします。

（理由）

教示事項

- 1 この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して3箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。

京都市保健福祉局
京都市特定医療費認定事務センター
郵便番号
住所
電話番号
F A X 番号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

(申請者)

住 所 〒 ー

氏 名

※ 受診者が 18 歳未満の場合は保護者が申請者となります。

受給者との続柄 ()

電話 () ー

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 2 6 条の規定により、
次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者氏名	☐ 申請者と同じ
生 年 月 日	年 月 日 生
住 所	☐ 申請者と同じ 〒 ー
再交付の理由 (該当するものに○)	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()

※破損又は汚損の場合は、「交付を受けている受給者証」を添付してください。

※送付先の変更を御希望の場合は、別途「変更申請書」を御提出ください。