

浜松市難病の患者に対する医療等に関する事務実施要綱

(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。）、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「政令」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「省令」という。）及び浜松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「細則」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定める。

(特定医療費（指定難病）請求書等)

第2条 細則第2条第1項の請求書は、特定医療費（指定難病）請求書（第1号様式）とする。

2 細則第2条第2項第1号の書類は、特定医療費（指定難病）証明書（第2号様式）又は特定医療費（指定難病）負担上限月額管理票（第3号様式）とする。

(特定医療費（指定難病）支給認定申請書等)

第3条 省令第12条第1項及び第33条第1項の申請書は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（第4号様式）とする。

2 指定難病の患者が法第7条第1項第2号に該当する場合又は指定難病の患者若しくは保護者が政令第1条第1項第2号口に掲げる者に該当する場合は、前項の申請書に添付する書類は、特定医療費（指定難病）証明書（第2号様式）又は特定医療費（指定難病）負担上限月額管理票（第3号様式）又は医療費申告書（第5号様式）とする。

(特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書)

第4条 省令第13条第2項の届出書は、特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書（第6号様式）とする。

(指定医指定申請書)

第5条 省令第16条第1項及び細則第3条第1項の申請書は、難病指定医は指定医指定（指定更新）申請書（難病指定医）（第7号様式）又は指定医指定（指定更新）申請書（協力難病指定医）（第8号様式）とする。

(指定医指定申請事項変更届出書)

第6条 細則第4条第1項の届出書は、指定医指定申請事項変更届出書（第9号様式）とする。

(指定医指定辞退届出書)

第7条 細則第5条の届出書は、指定医指定辞退届出書（第10号様式）とする。

(指定医指定通知書再交付申請書)

第 8 条 指定医は指定医指定通知書を破り、汚し、又は失ったときは、指定医指定通知書再交付申請書（第 1 1 号様式）によりその再交付を申請することができる。

（特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書）

第 9 条 省令第 2 7 条第 1 項の申請書は、特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書（第 1 2 号様式）とする。

（指定医療機関指定申請書）

第 1 0 条 省令第 3 5 条各項及び細則第 9 条の申請書は、指定医療機関指定（指定更新）申請書（病院又は診療所）（第 1 3 号様式）又は指定医療機関指定（指定更新）申請書（薬局）（第 1 4 号様式）又は指定医療機関指定（指定更新）申請書（指定訪問看護事業者等）（第 1 5 号様式）とする。

（指定医療機関指定申請事項変更届出書）

第 1 1 条 細則第 1 0 条の届出書は、指定医療機関指定申請事項変更届出書（病院又は診療所）（第 1 6 号様式）又は指定医療機関指定申請事項変更届出書（薬局）（第 1 7 号様式）又は指定医療機関指定申請事項変更届出書（指定訪問看護事業者等）（第 1 8 号様式）とする。

（指定医療機関業務休止等届出書等）

第 1 2 条 細則第 1 1 条の届出書は、指定医療機関業務休止等届出書（第 1 9 号様式）又は被処分届出書（第 2 0 号様式）とする。

（指定医療機関指定辞退届出書）

第 1 3 条 細則第 1 2 条の届出書は、指定医療機関指定辞退届出書（第 2 1 号様式）とする。

（指定医療機関指定通知書再交付申請書）

第 1 4 条 指定医療機関は指定医療機関指定通知書を破り、汚し、又は失ったときは、指定医療機関指定通知書再交付申請書（第 2 2 号様式）によりその再交付を申請することができる。

附 則

この要綱は、平成 3 0 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

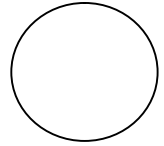
この要綱は、平成 3 0 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 3 1 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。



特定医療費(指定難病)請求書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

次のとおり、特定医療費を請求します。

年 月から 年 月まで(月分)

請求額 (特定医療費) 百万 十万 万 千 百 十 一 円

Table with 2 main columns: 受診者氏名, 受給者番号

私は、下記の者に対し、特定医療費の請求及び受領を委任します。
年 月 日
住所
氏名
印
(受診者(受診者が18歳未満である場合は保護者)と請求者が異なる場合のみ記入してください。)

記

Table with 4 main rows: 住所, フリガナ, 氏名, 口座振替 (金融機関名, 預金種別, 口座名義人)

注1 受療した指定医療機関が作成した特定医療費(指定難病)証明書(第2号様式)又は特定医療費(指定難病)負担上限月額管理票(第3号様式)を必ず添付してください。
2 支給認定の有効期間中に、認定された指定難病について指定医療機関で受療した場合のみ提出してください。

特定医療費（指定難病）証明書

受診者氏名						受給者番号						
指定難病の名称												
支給認定の有効期間	年 月 日 から					年 月 日まで						
診療年月	保険種別 負担割合 (該当するものに 印を付してください。)	診療実日数		医療費総額 (10割)	患者負担額	査 定 欄 (職員記入欄)						
				標準負担額								
年 月分	医療保険	入 院	日間	円	円							
				食事・生活療養	食・日	円	円					
		通 院	日	円	円							
				薬 局	日	円	円					
	介護保険	訪問看護	日			円	円					
				訪問リハ	日	円	円					
		居宅療養管理指導	日			円	円					
				介護療養型施設	日	円	円					
		介護医療院	日			円	円					
				年 月分	医療保険	入 院	日間	円	円			
食事・生活療養	食・日	円	円									
通 院	日	円	円									
		薬 局	日			円	円					
介護保険	訪問看護				日	円	円					
		訪問リハ	日			円	円					
	居宅療養管理指導				日	円	円					
		介護療養型施設	日			円	円					
	介護医療院				日	円	円					
		年 月分	医療保険			入 院	日間	円	円			
食事・生活療養	食・日			円	円							
通 院	日			円	円							
				薬 局	日	円	円					
介護保険	訪問看護		日			円	円					
				訪問リハ	日	円	円					
	居宅療養管理指導		日			円	円					
				介護療養型施設	日	円	円					
	介護医療院		日			円	円					
				上記のとおり、領収したことを証明します。								
年 月 日				作成者								
指定医療機関の所在地				所属・氏名								
指定医療機関の名称												
代表者職氏名				印				電話番号				

年 月分

特定医療費（指定難病）
負担上限月額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

負担上限月額：特定医療費（指定難病）受給者証記載のとおり

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

月日	指定医療機関名	確認印

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

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額の累計	徴収印

記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

(裏)

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額累計	徴収印

指定医療機関の皆様へ

- 1 この管理票は、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の医療費を管理するものです。
- 2 医療保険の自己負担が3割の方は、1割は公費から支払われます。
- 3 月額累計額の特定医療費（指定難病）受給者証記載の負担上限月額に達した場合、表面上部の欄に月日・指定医療機関名を記入し、確認印をお願いします。

(表)

特定医療費(指定難病)支給認定申請書 (新規・更新・変更)				受給者番号				
受診者	フリガナ				性別	年齢	生年月日	
	氏名				男・女	歳	年 月 日	
	住所	〒			電話番号			
	個人番号	カード紛失等による変更 なし・あり			自宅	-	-	
	加入医療保険	保険者名(称)				保険種別	国保(組合)・後期・	
		記号・番号					携帯	-
被保険者氏名					受診者との続柄	その他()		
申請者	フリガナ				受診者との続柄			
	氏名				(自署する場合は、押印は不要です。)			
	住所	〒			受診者と同じ(記載省略可)			
	個人番号	カード紛失等による変更 なし・あり			自宅	-	-	
疾病名								
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	軽症高額該当	高額かつ長期 (高額難病治療継続者)	人工呼吸器等装着	みなし寡婦(夫)				
受診を希望する指定医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む) (該当するものに☑) 書ききれない場合は別紙に記入してください	医療機関名(支店名等も記入)			所在地		備考		
	1	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
	2	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
	3	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
	4	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
	5	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
	6	病院・診療所	薬局	訪問看護			追加 削除	
<p>< 同意について(情報確認) > この申請の審査に必要な場合は、浜松市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報(国保組合を除く)、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障害者手当情報、障害児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。</p> <p>(あて先)浜松市長 上記及び裏面のとおり、特定医療費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p>								

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、「研究利用に関する御説明」を御確認いただき、以下に署名をお願いします。

(あて先)厚生労働大臣

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、「研究利用に関する御説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

年 月 日

申請者氏名 _____

(自署する場合は、押印は不要です。)

< 浜松市記入欄 >

裏面も御記入
ください

< 同意について(事業活用) >

- 本申請書及び添付資料等の内容について、浜松市の実施する次の難病対策事業に活用されることに同意します。
- ・難病をお持ちの方やその御家族に対する現状の施策向上や新規事業を検討するための資料とすること。
- ・浜松市が行う訪問相談や医療相談の御案内に利用すること。
- ・自然災害発生に備えて、支援が必要な方を事前に把握し、発災後の円滑な支援を行うための資料とすること。

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受診者(申請中の者を含む)である場合は、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格 (該当するものに)	1月1日現在の住所所在地		個人番号
				世帯員全員が浜松市の場合に☑(以下記載省略可)		
	受診者と同じ	本人	指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり

1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 受診者の生活保護受給について該当する方に を付してください。

生活保護受給の有無	有 ・ 無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有 ・ 無 有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

申請者氏名

(自署する場合は、押印は不要です。)

4 受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者の全て)の収入金額について記入し、収入が80万円以下の場合、振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

氏名	収入の区分		氏名	収入の区分			
	種類(該当するものに)	収入金額		種類(該当するものに)	収入金額		
1	年金	障害 ・ 遺族 ・ 寡婦	円	1	年金	障害 ・ 遺族 ・ 寡婦	円
2	手当金	特別児童扶養 ・ 特別障害者 ・ 障害児福祉	円	2	手当金	特別児童扶養 ・ 特別障害者 ・ 障害児福祉	円
3	その他	障害一時金 ・ 障害給付金 ・ 障害補償	円	3	その他	障害一時金 ・ 障害給付金 ・ 障害補償	円

記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年(1月から12月まで)の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。

収入金額がない場合は、0円と記入してください。

書類送先(希望者のみ記入)

フリガナ	受診者との続柄	
氏名		
住所	〒 受診者と同じ(記載省略可)	
電話番号	自宅	携帯

申請内容問合せ先(受診者・保護者以外の場合記入)

フリガナ	受診者との続柄	
氏名		
住所	〒 受診者と同じ(記載省略可)	
電話番号	自宅	携帯

医療費申告書

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者住所

申請者氏名

（申請者氏名を自署する場合は、押印不要です。）

指定難病の名称

指定難病に係る医療費については、次のとおりです。

受診者 氏名		受給者 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

年	月分
---	----

受診日	病院・薬局などの名称	かかった医療費 (10割分)	治療内容・ 医薬品名など
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
合計		円	

注 かかった医療費が確認できる領収書等を添付してください。

受給者番号				

(表)

特定医療費(指定難病)支給認定申請事項変更届出書

受診者	フリガナ				性別	年齢	生年月日		
	氏名				男・女	歳	年	月	日
	住所 <small>(住所変更の場合は前住所)</small>	〒			電話番号				
					自宅	-	-		
					携帯	-	-		
届出者	受診者が18歳未満の場合は、保護者が届出てください。 届出者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。								
	フリガナ				受診者との続柄				
	氏名				<small>(自署する場合は、押印は不要です。)</small>				
	住所	〒			受診者と同じ(記載省略可)				
					電話番号				
					自宅	-	-		
					携帯	-	-		
変更のある事項にシ点を付し、変更後の内容を記入してください	受診者	フリガナ				性別			
		氏名				男・女			
		住所	〒			個人番号			
	自宅電話番号	-	-		携帯電話番号	-	-		
	保護者	フリガナ				受診者との続柄			
		氏名							
		住所	〒			個人番号			
自宅電話番号	-	-		携帯電話番号	-	-			
加入医療保険	保険者名(称)				保険種別	国保(組合)・後期・協会・組合・共済・その他()			
	記号・番号								
	被保険者氏名				受診者との続柄				
支給認定世帯員	氏名 (追加・削除)				受診者との続柄				
	氏名 (追加・削除)				受診者との続柄				
	氏名 (追加・削除)				受診者との続柄				
<p>< 同意について(情報確認) > この届出の審査に必要な場合は、浜松市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報(国保組合を除く)、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障害者手当情報、障害児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。</p>									
<p>(あて先)浜松市長 上記及び裏面のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p>									

注1 変更のない事項については、記入は不要です。

(裏)

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受診者(申請中の者を含む)である場合は、受給者証等の写しを添付してください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格 (該当するものに)	1月1日現在の住所所在地		個人番号
				世帯員全員が浜松市の場合に☑(以下記載省略可)		
患者	受診者と同じ	本人	指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村	カード紛失等による変更 なし・あり

1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 受診者の生活保護受給について該当する方に を付してください。

生活保護受給の有無	有 ・ 無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有 ・ 無 有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

届出者氏名 _____

(自署する場合は、押印は不要です。)

4 受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者の全て)の収入金額について記入し、収入が80万円以下の場合は、振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

氏名	収入の区分		氏名	収入の区分	
	種類(該当するものに)	収入金額		種類(該当するものに)	収入金額
1 年金	障害 ・ 遺族 ・ 寡婦	円	1 年金	障害 ・ 遺族 ・ 寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養 ・ 特別障害者 ・ 障害児福祉	円	2 手当金	特別児童扶養 ・ 特別障害者 ・ 障害児福祉	円
3 その他	障害一時金 ・ 障害給付金 ・ 障害補償	円	3 その他	障害一時金 ・ 障害給付金 ・ 障害補償	円

記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年(1月から12月まで)の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。
収入金額がない場合は、0円と記入してください。

書類別送先(希望者のみ記入)

フリガナ	受診者との続柄	
氏名		
住所	〒 _____ 受診者と同じ(記載省略可)	
電話番号	自宅 _____	携帯 _____

申請内容問合せ先(受診者・保護者以外の場合記入)

フリガナ	受診者との続柄	
氏名		
住所	〒 _____ 受診者と同じ(記載省略可)	
電話番号	自宅 _____	携帯 _____

（表）

指定医番号（更新の場合のみ記入してください。）

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

指定医指定（指定更新）申請書（難病指定医）

申請区分		難病指定医：新規申請及び更新申請の両方の診断書を作成可能							
申請者	フリガナ							性別	
	氏名	印 <small>（自署する場合は、押印は不要です。）</small>						男・女	
	住所	〒 -							
	生年月日	年 月 日							
	医籍登録番号							医籍登録 年 月 日	年 月 日
	診療等の経験のある指定難病の名称								
	連絡先	電話番号	-						-
電子メールアドレス								@	
専門医の方	学会名								
	専門医の資格の名称	専門医				登録番号等			
専門医でない方	指定医研修の名称								
	修了日	年 月 日							
医療機関 主たる勤務先の 関係	医療機関名称								
	所在地	〒 -						電話番号（ - - ）	
	担当する診療科名								
<p>（あて先）浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則 第15条第1項第1号の難病指定医として指定を受けたいので申請します。 第15条第1項第1号の難病指定医として指定の更新を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p>									

添付書類

- (1) 医師免許証の写し（更新の申請を行う場合においては、医籍登録番号及びその登録年月日に変更がないときは不要です。）
- (2) 経歴書（新規に申請を行う場合、専門医でない方は添付してください。）
- (3) 専門医に認定されていることを証明する書類の写し（専門医の方に限る。）
- (4) 都道府県知事又は指定都市市長が行う難病指定医研修を修了したことを証明する書類の写し（専門医でない方に限る。）

(裏)

主たる勤務先の医療機関以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
2	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
3	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
4	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
5	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	

注 指定難病患者の臨床調査個人票を記入する見込みのある医療機関について記入してください。

（表）

指定医番号（更新の場合のみ記入してください。）

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

指定医指定（指定更新）申請書（協力難病指定医）

申請区分		協力難病指定医：更新申請の診断書のみ作成可能					
申請者	フリガナ						性別
	氏名	印 <small>（自署する場合は、押印は不要です。）</small>					男・女
	住所	〒 -					
	生年月日	年 月 日					
	医籍登録番号					医籍登録 年 月 日	年 月 日
	診療等の経験のある指定難病の名称						
	連絡先	電話番号	- -				
電子メールアドレス		@					
指定医研修	研修の名称						
	修了日	年 月 日					
主たる勤務先の医療機関	医療機関名称						
	所在地	〒 - 電話番号（ - - ）					
	担当する診療科名						
<p>（あて先）浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則 第15条第1項第2号の協力難病指定医として指定を受けたいので申請します。 第15条第1項第2号の協力難病指定医として指定の更新を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p>							

添付書類

- (1) 医師免許証の写し（更新の申請を行う場合においては、医籍登録番号及びその登録年月日に変更がないときは不要です。）
- (2) 経歴書（新規に申請を行う場合は、添付してください。）
- (3) 都道府県知事又は指定都市市長が行う協力難病指定医研修を修了したことを証明する書類の写し

(裏)

主たる勤務先の医療機関以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
2	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
3	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
4	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
5	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	

注 指定難病患者の臨床調査個人票を記入する見込みのある医療機関について記入してください。

指定医番号

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

指定医指定申請事項変更届出書

指定医氏名	フリガナ									
	氏名		印 (自署する場合は、押印は不要です。)							
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	フリガナ									
	氏名									
	住所		〒 -							
	連絡先		電話番号							
			電子メールアドレス			@				
	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	医療機関名称								
		所在地		〒 - 電話番号 (- -)						
		担当する診療科名								
変更年月日			年 月 日							
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条に規定により、申請事項の変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p>										

注1 変更のない事項については記入は不要です。

2 医籍登録番号及び医籍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。

指定医番号

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

指定医指定辞退申出書

指 定 医 区 分	難病指定医 ・ 難病協力指定医
フリガナ	
氏 名	印 (自署する場合は、押印は不要です。)
住 所	〒 - 電話番号(- -)
辞 退 の 理 由	
辞 退 年 月 日	年 月 日
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第20条第1項の規定により、指定医の指定を辞退します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	

指定医番号

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

指定医指定通知書再交付申請書

指 定 医 区 分	難病指定医 ・ 難病協力指定医
フ リ ガ ナ	
氏 名	印 (自署する場合は、押印は不要です。)
住 所	〒 - 電話番号 (- -)
申 請 の 理 由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失
(াতে先) 浜松市長 上記のとおり、指定医の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。 年 月 日	

- 注 1 申請者の身分証明書の写しを添付してください。
 2 破損・汚損の場合は、破損・汚損した指定医指定通知書を添付してください。

受給者番号

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

特定医療費(指定難病)受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 -				
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
申請者	受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。					
	フリガナ					受診者との続柄
	氏名	印 (自署する場合は、押印は不要です。)				
	住所	〒 -				
申請の理由		破損・汚損・紛失				
(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により、 特定医療費(指定難病)受給者証の再交付を申請します。 年 月 日						

- 注1 申請者の身分証明書の写しを添付してください。
 注2 破損・汚損の場合は、破損・汚損した受給者証を添付してください。

指定医療機関指定(指定更新)申請書(病院又は診療所)

保 険 医 療 機 関	医療機関コード										
	名 称										
	所 在 地	〒 -									
	連 絡 先	電 話 番 号	- -								
電子メールアドレス		@									
開 設 者	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒 - 電話番号(- -)									
	氏 名 (法人にあっては、その名称)										
	代表者の職氏名 (法人の場合に限る。)										
標ぼうしている診療科名											
役 員 の 職 氏 名 (法人のみ記載) 記載欄が不足する場合は 「別紙のとおり」と記載し、 役員名簿を添付してください		役 職 名	氏 名								
添 付 書 類		保険医療機関指定通知書の写し									
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律 第14条第1項の規定により指定医療機関として指定を受けたいので申請します。 第15条第1項の規定により指定医療機関としての指定の更新を受けたいので申請します。 また、同法第14条第2項の各号(裏面記載)のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 (法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名) 印</p> <p>担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>											

注1 「保険医療機関」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。

2 申請種別に応じて の中にレ点を付してください。

難病の患者に対する医療等に関する法律（抜粋）

第14条（略）

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 申請者が、第23条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して5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5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60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5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60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5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。
- (4) 申請者が、第23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15条の規定による通知があった日（第6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20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5年を経過しないものであるとき。
- (5) 申請者が、第21条第1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23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10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20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5年を経過しないものであるとき。
- (6) 第4号に規定する期間内に第20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60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5年を経過しないものであるとき。
- (7) 申請者が、前項の申請前5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。
- (8) 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。
- (9) 申請者が、法人でない者で、その管理者が第1号から第7号までのいずれかに該当する者であるとき。

3（略）

指定医療機関指定(指定更新)申請書(薬局)

保 険 薬 局	薬 局 コ ー ド										
	名 称										
	所 在 地	〒 -									
	連 絡 先	電 話 番 号	- -								
電子メールアドレス		@									
開 設 者	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒 - 電話番号(- -)									
	氏 名 (法人にあっては、その名称)										
	代表者の職氏名 (法人の場合に限る。)										
役 員 の 職 氏 名 (法人のみ記載) 記載欄が不足する場合は 「別紙のとおり」と記載し、 役員名簿を添付してください	役 職 名	氏 名									
添 付 書 類	保険薬局指定通知書の写し										
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律 第14条第1項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。 第15条第1項の規定による指定医療機関としての指定の更新を受けたいので申請します。 また、同法第14条第2項各号(裏面記載)のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 (法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名) 印</p> <p>担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>											

注1 「保険薬局」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。

2 申請種別に応じて の中にレ点を付してください。

難病の患者に対する医療等に関する法律（抜粋）

第14条（略）

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 申請者が、第23条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して5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5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60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5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60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5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。
- (4) 申請者が、第23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15条の規定による通知があった日（第6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20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5年を経過しないものであるとき。
- (5) 申請者が、第21条第1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23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10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20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5年を経過しないものであるとき。
- (6) 第4号に規定する期間内に第20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60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5年を経過しないものであるとき。
- (7) 申請者が、前項の申請前5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。
- (8) 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。
- (9) 申請者が、法人でない者で、その管理者が第1号から第7号までのいずれかに該当する者であるとき。

3（略）

指定医療機関指定(指定更新)申請書(指定訪問看護事業者等)

指定介護予防サービス事業所 指定居宅サービス事業所 訪問看護ステーション	訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号										
	名称										
	所在地	〒 -									
	連絡先	電話番号	- -								
電子メールアドレス		@									
指定訪問看護事業者等	主たる事務所の所在地	〒 - 電話番号(- -)									
	名称										
	代表者の職氏名										
役員の職氏名 (法人のみ記載) 記載欄が不足する場合は 「別紙のとおり」と記載し、 役員名簿を添付してください	役職名	氏名									
添付書類	指定通知書の写し又は審査結果通知書の写し										
<p>(あて先)浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律 第14条第1項の規定による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。 第15条第1項の規定による指定医療機関としての指定の更新を受けたいので申請します。 また、同法第14条第2項各号(裏面記載)のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者等 名称 代表者職氏名 印</p> <p>担当者 氏名 () 連絡先 ()</p>											

注1 「訪問看護ステーション・指定居宅サービス事業所・指定介護予防サービス事業所」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。
2 申請種別に応じて の中にレ点を付してください。

難病の患者に対する医療等に関する法律（抜粋）

第14条（略）

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 申請者が、第23条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して5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5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60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5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60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5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。
- (4) 申請者が、第23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15条の規定による通知があった日（第6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20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5年を経過しないものであるとき。
- (5) 申請者が、第21条第1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23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10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20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5年を経過しないものであるとき。
- (6) 第4号に規定する期間内に第20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60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5年を経過しないものであるとき。
- (7) 申請者が、前項の申請前5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。
- (8) 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。
- (9) 申請者が、法人でない者で、その管理者が第1号から第7号までのいずれかに該当する者であるとき。

3（略）

指定医療機関指定申請事項変更届出書(病院又は診療所)

指 定 医療機関		医療機関コード								
		名 称								
変更のある事項にシ点を付し、 変更後の内容を記入してください。	保 険 医 療 機 関	名 称								
		所 在 地	〒 -							
		連 絡 先	電 話 番 号	- -						
	電子メールアドレス		@							
	開 設 者	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒 - 電話番号(- -)							
		氏 名 (法人にあっては、その名称)								
		代表者の職氏名 (法人の場合に限る。)								
		標ぼうしている診療科名								
		役 員 の 職 氏 名	別紙のとおり							
	変 更 年 月 日			年 月 日						
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 (法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名) 印</p> <p>担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>										

注 「保険医療機関」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。

指定医療機関指定申請事項変更届出書(薬局)

指 定 医療機関		薬 局 コ ー ド																
		名 称																
変更のある事項にシ点を付し、 変更後の内容を記入してください。	保 険 薬 局	名 称																
		所 在 地		〒 -														
		連 絡 先		電 話 番 号		- -												
	電 子 メール ア ド レ ス			@														
	開 設 者	住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)		〒 - 電話番号(- -)														
		氏 名 (法人にあっては、その名称)																
		代 表 者 の 職 氏 名 (法人の場合に限る。)																
			役 員 の 職 氏 名		別紙のとおり													
	変 更 年 月 日		年 月 日															
	<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者氏名 (法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>																	

注 「保険薬局」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。

指定医療機関指定申請事項変更届出書(指定訪問看護事業者等)

指 定 医 療 機 関	訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号									
	名 称									
変更のある事項にレ点を付し、 変更後の内容を記入してください。	訪問看護ステーション 指定居宅サービス事業所 指定介護予防サービス事業所	名 称								
		所 在 地	〒 -							
		連 絡 先	電 話 番 号	- -						
	電子メールアドレス		@							
	指定訪問看護事業者等	主たる事務所の 所 在 地	〒 - 電話番号(- -)							
		名 称								
		代表者の職氏名								
	役員 の 職 氏 名	別紙のとおり								
変 更 年 月 日			年 月 日							
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定訪問看護事業者等 名 称 代表者職氏名 印</p> <p style="text-align: right;">担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>										

注 「訪問看護ステーション・指定居宅サービス事業所・指定介護予防サービス事業所」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。

指定医療機関業務休止等届出書

該当する事項にレ点を付してください。		指定医療機関の業務の休止 指定医療機関の業務の廃止 指定医療機関の業務の再開										
指定医療機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号											
	名称											
	所在地	〒 -										
理由												
休止・廃止・再開年月日		年 月 日										
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第1号の規定により届出を行います。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 指定訪問看護事業者等 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名 (法人にあっては、その名称及びその代表者の職氏名) 印</p> <p>担当者 氏名 () 連絡先 ()</p>												

被処分届出書

指定 医療 機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号									
	名称									
	所在地	〒 -								
処分の事由										
処分の内容										
処分を受けた年月日		年 月 日								
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第2号の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 指定訪問看護事業者等 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、その名称及びその代表者の職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>										

第21号様式（第13条関係）

指定医療機関指定辞退申出書

指定医療機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号									
	名 称									
	所 在 地	〒 -								
辞 退 の 理 由										
辞 退 年 月 日		年 月 日								
<p>（あて先）浜松市長 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、指定医療機関の指定の辞退を申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 指定訪問看護事業者等 〔 法人にあっては、 主たる事務所の所在地 〕</p> <p>氏 名 〔 法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名 〕</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p>										

指定医療機関指定通知書再交付申請書

指定 医療 機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事務所番号										
	名称										
	所在地	〒 -									
申請の理由		破損・汚損・紛失									
<p>(あて先) 浜松市長 上記のとおり、指定医療機関の指定通知の再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 指定訪問看護事業所等 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあっては、その名称 及びその代表の職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">担当者 氏名 () 連絡先 ()</p>											

注 破損・汚損の場合は、破損・汚損した指定医療機関指定通知書を添付してください。