

事務連絡
令和5年6月7日

各医療機関
指定難病医療費助成制度担当者 殿

青森県健康福祉部
がん・生活習慣病対策課
難病対策グループ

特定医療費支給認定（指定難病医療費助成制度）の新規申請
に係る送信票（収受票）の取扱いの廃止について

標記について、閉庁日における新規申請に対応するため、平成27年2月18日付け事務連絡の別紙「新規申請に係る送信票（収受票）」により取り扱っているところですが、難病の患者に対する医療等に関する法律の一部改正により、令和5年10月1日以降に受付する新規申請においては医療費助成の開始時期が前倒し（臨床調査個人票の記載内容に基づき申請日より前から開始）されることとなりました。

この改正に伴い、平成27年2月18日付け事務連絡は、令和5年9月30日をもって廃止します。なお、「新規申請に係る送信票（収受票）」が令和5年9月30日までに送信され、送信日から14日以内に保健所へ申請書類が提出された場合は、送信日を申請日として受付することになります。

また、令和5年10月1日以降使用する臨床調査個人票の様式は、医療費助成開始時期の根拠とするための重症度等の診断年月日を記載する欄が追加される予定です。詳細は決定し次第、公表されることとなりますので、厚生労働省や本県のWEBサイトを随時御確認くださいようお願いいたします。

○厚生労働省WEBサイト

「指定難病」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

○青森県WEBサイト

「指定難病医療費助成制度 指定医・指定医療機関の皆様へ（お知らせ）」

<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/intractable-disease-hpnews.html>

担当：がん・生活習慣病対策課 難病対策グループ TEL 017-734-9215 FAX 017-734-8045
--

事務連絡
平成27年2月18日

各医療機関
指定難病医療費助成制度担当者 殿

青森県健康福祉部保健衛生課
健康危機対策グループマネージャー

新たな難病医療費助成制度（指定難病医療費助成制度）の
新規申請に係る送信票（収受票）について（依頼）

新たな難病医療費助成制度（指定難病医療費助成制度）につきましては、「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき実施されているところですが、医療費の助成開始日（支給認定日）については同法第7条第5項により「支給認定は、その申請のあった日に遡ってその効力を生ずる。」と規定されています。

この申請のあった日は、原則として、申請者が必要書類を全て揃えて住所地を管轄する保健所（以下「申請先保健所」という。）に提出した日となりますが、申請先保健所が閉庁している日における申請等に対応するため、難病指定医が指定難病であると確定診断を行い、医療機関が申請者の新規申請の意思表示を確認して申請先保健所へFAX送信票により連絡を行った場合は、当該連絡日を「申請のあった日」とする取扱いとしますので、申請先保健所への連絡について御協力くださるようお願いいたします。

なお、具体的な手続方法及び注意事項は、下記のとおりです。

記

1 手続方法

難病指定医が指定難病であるとの確定診断がなされた後、申請者から新規申請の意思表示を確認した日に、申請先保健所に別紙「新規申請に係る送信票（収受票）」をFAX送信してください。

申請者に対しては、FAX送信日から起算して14日以内に申請書類を全て揃えて申請先保健所に提出するよう伝えてください。

2 注意事項

医療機関から「新規申請に係る送信票（収受票）」によりFAX送信があった場合において、14日以内に申請書等が提出されない場合は、FAX送信日ではなく申請先保健所に申請書類が提出された日を「申請のあった日」としますので御注意願います。

担当：保健衛生課
健康危機対策グループ
電話：017-734-921

指定難病 新規申請に係る送信票（收受票）

※医療機関では太枠のみ御記入ください。

送信者(医療機関)名	医療機関名：
事務担当者名	事務担当者名：
電話番号	(保健所からの問合せに対応いただける方) 電話番号：
FAX番号	FAX：
医療機関確認事項 (必ず確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入して送信)	特定医療費支給認定申請の手続に関して、 <input type="checkbox"/> 受診者（保護者）の申請意思を確認した <input type="checkbox"/> 速やかに（FAX送信日から原則14日以内に）保健所へ申請をする必要があることを受診者（保護者）に説明した
担当医師氏名 (指定医であること。)	
患者氏名	
生年月日	生年月日： 年 月 日
患者住所	
電話番号	電話番号： — —
指定難病名	
送信日	送信年月日： 年 月 日 ()
受理日及び受理者 (県記入欄)	受理年月日： 年 月 日 () 受理者：