

令和  
6  
年度

特定医療費（香川県指定難病）受給者証  
【更新】手続きのしおり



更新申請書類は 令和6年 **7月19日（金）** までに郵送してください。  
**郵送での提出**に御協力をお願いします。

更新に必要な書類

▼ 全員が提出する書類

<input type="checkbox"/>	① 特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書【更新】	2、3ページ参照
<input type="checkbox"/>	② 臨床調査個人票	難病指定医（協力難病指定医）がおおむね3か月以内に作成したもの
<input type="checkbox"/>	③ 世帯全員の住民票（原本）	<b>世帯全員・続柄の記載</b> があり、おおむね3か月以内に発行されたもの
<input type="checkbox"/>	④ 健康保険証のコピー	4ページ参照
<input type="checkbox"/>	⑤ 令和6年度市町村民税所得課税証明書（原本）	4、5ページ参照

▼ 「高額かつ長期」の特例（6ページを参照）を申請する方は、必ず提出してください。

<input type="checkbox"/>	⑥ 自己負担上限額管理票（原本）	令和5年7月から最新のものまで
--------------------------	------------------	-----------------

▼ 該当する方のみ提出してください。

<input type="checkbox"/>	⑦ 香川県指定難病受給者証のコピー	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ健康保険加入者のうち、「香川県指定難病」の受給者がいる。 ⇒ その方の「香川県指定難病」の受給者証コピー
--------------------------	-------------------	--

※封筒の中には、以下の書類が入っています。不足等ございましたら、8ページ記載のお問合せ先まで御連絡ください。

- ・更新申請書
- ・【更新】手続きのしおり（この冊子）
- ・臨床調査個人票作成依頼書
- ・市町村民税所得課税証明書省略に係る調書
- ・返信用封筒
- ・その他お知らせ等

- 申請書の記入要領 (おもて) -

変更有 <input type="checkbox"/>	変更発行日	不 印
口名/住 口保	/	
<b>No. 1 県指定 特定医療費(香川県指定難病)支給</b>		
送 付 先 ( 確 認 し て 訂 正 )	電話番号	続柄
	763-0082 <del>760-0018</del>	
	丸亀市土器町東八丁目※※-※※ <del>高松市番町1-4-10</del>	
	県庁次郎様方 県庁 花子 様	

●印字内容は令和6年4月時点の情報で、その後の変更は反映されていません。内容に変更がある場合は訂正してください。

●消しゴムで消せるボールペンは使用しないでください。気温等の条件で文字が消えることがあります。

「確認して訂正」の太枠で困っているところは、現在の受給者証の情報を印字しています。変更がある場合は、二重線で消して訂正してください。

**受診者氏名を必ず記入してください。**  
※ 申請時に受診者が18歳未満の場合は、保護者の氏名を記入してください。

必 ず 記 入	申請者(受診者)氏名 (受診者が18歳未満の場合)	年 月 日
	県庁 花子	香川県知事 殿

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個人情報保護のもと、指定難病等の治療研究等、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について同意し、特定医療費の支給を申請します。

確 認 し て 訂 正	疾 病 名	慢性腎不全						生年 月 日	昭和24年7月1日
	受給者番号	9	1	2	3	4	5	6	

**6ページの受診者・保護者の年金・手当受給状況についてで、この欄の書き方を確認してください。**  
これらの年金等を受給している場合は、該当するものに✓をし、令和5年分の受給額が80万円以内の場合は、受給額がわかる書類の写しを添付してください。

必 ず 記 入	受診者・保護者の収入状況	<p>1 所得課税証明書に記載がない、遺族年金や障害年金等の受給について、該当するものに☑を付けてください。未記入であった場合は、「受給がない」とします。詳細は「手続きのしおり」P6を御覧ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給がない</p> <p><input type="checkbox"/> 受給がある(年間80万円を超える)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受給がある(年間80万円以内)</p>	<p>2 左記の「受給がある」に☑を付けられた方は、次の中から受給しているものに☑を付けてください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金</p> <p><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当</p> <p><input type="checkbox"/> 障害手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当</p>
	特例等の申請 申請する場合に[✓]を付ける	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期※「手続きのしおり」(P7)参照

医 療 保 険 ( 確 認 し て 訂 正 )	保険種別	保険者名称	(特保)高松市	香川県後期高齢者医療広域連合	1234567
	被保険者氏名	県庁 花子		保険記号・番号	香州1-0000000
	氏名	受診者との続柄	香川県指定難病受給の有無(受給者番号)	【県使用欄】市町村民税額	自己負担上限額
	(受診者)	本人		口非 (80万円 口概 口以内)	口均 口所 ( )円
県庁 太郎	配偶者				
県庁 三郎	子	9876543			

●患者と同じ健康保険に加入している方全員を記入します。  
変更があれば 追加・削除してください。

●世帯に指定難病・小児慢性の受給者がいる場合や、患者本人が小児慢性の受給者証も持っている場合は、その受給者番号を記入してください。

**令和6年10月1日までに75歳になる 昭和24年生まれの方へ**

- 10月1日までに75歳になる方は、保険証が「後期高齢者医療証」に変わります。
- 該当の方には、誕生日までに保険証の変更届を郵送しますので、お手続きください。
- この欄には、同じ世帯で 令和6年10月1日現在、後期高齢者医療証を持つ方 全員を記入してください。

<input type="checkbox"/> 非 (80万円 口概 口以内)	<input type="checkbox"/> 均 口所 ( )円	<input type="checkbox"/> 按分あり ( )円
<input type="checkbox"/> 均 口所 ( )円	<input type="checkbox"/> 非 (80万円 口概 口以内)	資格認定 <input type="checkbox"/> 認定
<input type="checkbox"/> 均 口所 ( )円	<input type="checkbox"/> 均 口所 ( )円	<input type="checkbox"/> 不認定

— 申請書の記入要領（うら） —

①受療医療機関（難病指定医療機関に限ります。）

主に利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションを記入してください。  
 ※以前に記入された医療機関等がある方は10箇所まで印字しています。適宜修正をお願いします。

医療機関（確認して訂正）	名 称	所 在 地	【県使用欄】 指定の有無 ※有の場合☑
	〇〇大学医学部附属病院	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	<input type="checkbox"/>
	△△病院	高松市△△町※※	<input type="checkbox"/>
	□□クリニック	善通寺市□□町△△	<input type="checkbox"/>
	〇〇訪問看護ステーション	東かがわ市〇〇町▽▽	<input type="checkbox"/>
	<del>△△薬局</del>	<del>三豊市△△町〇〇</del>	<input type="checkbox"/>
・令和5年度から受給者証に個別の医療機関名称は掲載していませんが、受診する医療機関を確認しますので、この欄には、主に受診する医療機関名のみ記載してください。 ・現在受診していない医療機関は必ず二重線で消してください。			<input type="checkbox"/>
※主に利用している医療機関が無い場合は空欄でも構いません。		臨床調査個人票記載医師の指定	<input type="checkbox"/>
		※県外難病指定医HP確認済	<input type="checkbox"/>

②保護者欄（受診者が18歳未満の場合に御記入ください。）

フリガナ	受診者との続柄	電話番号
氏 名		( ) -
住民票の住所	〒	

- ・おもて面の電話番号以外に日中連絡が取れる連絡先があれば記入してください。
- ・申請者以外の方（御家族、施設の方など）でもかまいません。
- ・申請後、こちらの番号にお問合せをすることがあります。

③日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に記入してください。

氏 名	申請者との続柄	電 話 番 号

④介護保険について

該当する要介護度等に☑をつけてください。

要介護度 ( □1 ☑2 □3 □4 □5 )	要支援 ( □1 □2 )	□ なし
-------------------------	---------------	------

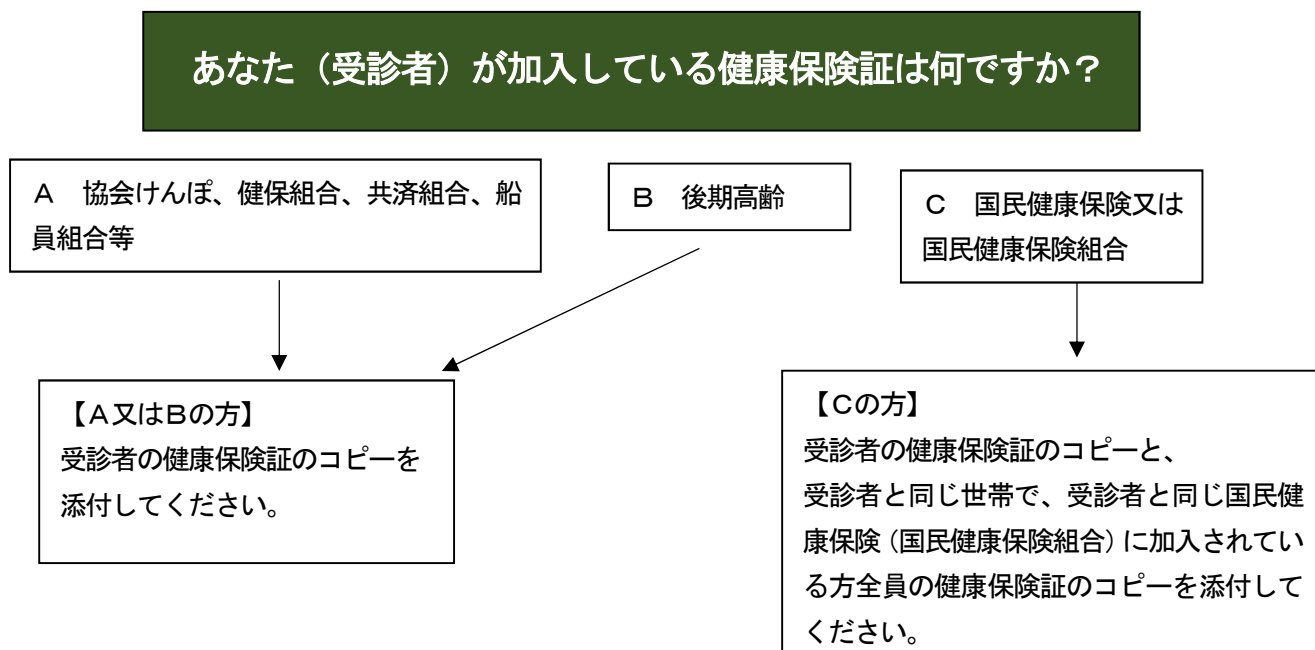
—注意—

更新の申請書を提出した後に、住所・氏名・保険証に変更があった場合は、変更手続きが必要ですので、申請先に御連絡下さい。

## ●健康保険証のコピーについて

※ 枝番等情報の一部が欠けていると再提出をお願いすることとなりますので、コピーされる際は御注意ください。

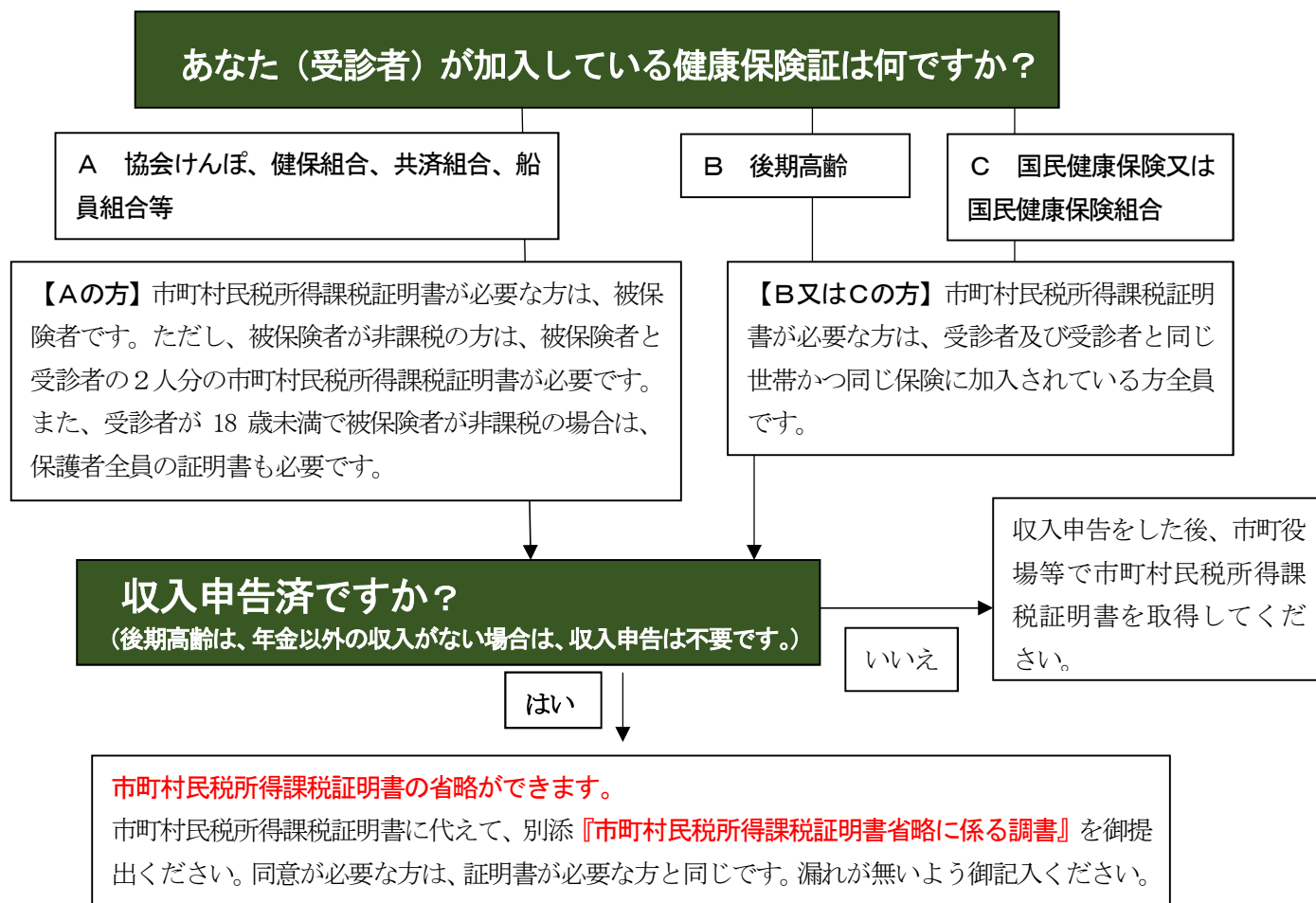
※ コピーは原寸大で、A4の紙にコピーしてください。



## ●令和6年度（令和5年分）市町村民税所得課税証明書（原本）について

※ 市町村民税所得課税証明書はコンビニエンスストア又は市町役場等で取得してください。

※ 中学生以下の方は提出不要です。



# ●市町村民税所得課税証明書省略に係る調書について

※令和6年度市町村民税所得課税証明書（原本）の省略を希望される方は提出が必要です。

注意： ①令和6年度の地方税関係情報の提供を求めることへの、同意の確認ができない方  
②令和5年の収入未申告の方  
③DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待により、支援措置を受けている方  
上記①、②、③のいずれかに該当される方は、令和6年度所得課税証明書（原本）の提出が必要です。この様式にて省略はできません。

県 10 月

## 市町村民税所得課税証明書省略に係る調書

（更新申請に必要な書類：⑤令和6年度市町村民税所得課税証明書（原本）を省略希望の方のみ提出してください。記載方法は、「更新のしおり」5ページを御覧ください。）

香川県知事 殿

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律27号)第9条

2項及び行政手続における特定の個人を識別  
用及び特定個人情報等の提供等に関する条例(第  
10条)第1項第1号及び第2号に基づき、  
令和6年度の地方税関係情報の提供を求  
めます。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出

**受診者氏名を必ず記入してください。**

※ 申請時に受診者が18歳未満の場合は、保護者の氏名を記入してください。  
代理人が提出の場合は、委任状（裏面）も記載してください。

この調書に不備や記載誤りがある場合及び省略不可の欄が空白であった場合は情報が取得でき  
ないため、市（区）町村が発行した紙での所得課税証明書を提出する必要があります。

受診者又は代理人 令和 6 年 〇 月 〇 日  
氏名 県 方 花 子  
受診者…18歳未満の場合は保護者氏名  
代理人…代理人の場合は委任状（裏面）が必要

同意者 (受診者)	フリガナ	ケンチョウ ハナコ	
	氏名	県方 花子	
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書と 同じ	(住所地と異なる自治体)
同意者 受診者と同じ健康保険 に加入する 者	フリガナ	ケンチョウ タロウ	
	氏名	県方 太郎	
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input type="checkbox"/> 申請書と 同じ	香川 都道府 (住所地と異なる自治体)
同意者 受診者と同じ健康保険 に加入する 者	フリガナ	ケンチョウ サブロウ	
	氏名	県方 三郎	
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書と 同じ	都道府県 市区町村 (住所地と異なる自治体で住民税が課税されてい

・市町村民税所得課税証明書の提出が必要な方全員の  
**氏名、フリガナ、生年月日、  
令和6年1月1日時点の住所地**を記入してください。  
※申請書に印字された住所と同じ場合は、✓を記入し  
てください。

市町村民税所得課税証明書の提出が必要となるの  
は、受診者が加入している保険によって異なります。  
①被用者保険（全国健康保険協会・健康保険組合・  
共済組合等）…**被保険者のもの**  
②国保（市町村）・国保組合・後期高齢  
…**受診者と同じ保険に加入する世帯全員のもの**

生年月日 天・昭・平・令  
1 年 1 月 1 日  
都道府県 市区町村

記入欄が不足する場合はコピーしてください。記入される方の欄が不足する場合は、コピーしてください。

【注意事項】 □に✓（チェック）しながらお読みください。

次の方は省略できません。

- ①令和5年の収入を未申告の方
- ② DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待により、支援措置を受けている方

所得課税証明書の情報は県では保有しておらず、マイナンバーを使用して  
に照会して情報を取得します。この事務に時間を要するため、所得課税証明書  
申請したときよりも受給者証の発行時期が遅くなり、10月を過ぎることがあります。

注意事項を必ず確認  
してください。

## 受診者・保護者の年金・手当受給状況について

受診者（受診者が18歳未満のときはその保護者全員）の収入について、次の表で御確認ください。

受診者（または保護者）は、令和5年中に障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・障害手当・福祉手当・障害補償（労災）等を受給しましたか？

受給した

受給しなかった

申請書の「受給状況」の「上記、受給なし」に✓して終了です。

非課税世帯\*で、かつ、受給した年金等の合計額が「年間80万円以内」ですか？

「非課税世帯」かつ  
「80万円以内」

「非課税世帯ではない」又は  
「80万円を超える」

申請書の「受給状況」の「上記、受給あり（年間80万円以内。）」に✓をしてください。令和5年1月～12月の受給額がわかる『年金振込通知書』等の写しを提出してください。

申請書の「受給状況」の「上記、受給あり（年間80万円を超える。）」に✓をしてください。追加の添付書類は不要です。

※非課税世帯とは、『市町村民税所得課税証明書』を提出する方がすべて「非課税＝課税額0円」となる世帯です。

## 自己上限額の特例について

### 「高額かつ長期」の特例

申請月以前の連続する12か月間（認定期間に限る。）に『自己負担上限額管理票』に記載された月ごとの「医療費総額（10割分）」の合計額が

**5万円を超える月が6回以上** あった方が

対象です。

要件に該当する方は、「特例」を受けられる場合があります（7ページ参照）。『申請書』の「高額かつ長期」に✓を入れ、令和5年7月受診分以降の『自己負担上限額管理票』**原本**を提出してください。この特例は、更新のたびに申請が必要です。

月ごとに氏名、診療年月等を記入してください。

特定医療費（香川県指定難病）		自己負担上限額管理票		令和X年5月分	
(受診者名) 県方 花子		(受給者番号) 9123456			
病名	慢性腎不全	有効期間		RX.10.1~	
日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。				
5/2	指定医療機関名	けんちよう薬局	確認印		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印
5/4	県方病院	5,000	1,000	1,000	
5/2	けんちよう薬局	45,000	9,000	10,000	
5/15	県方病院	2,000	0	10,000	
					<b>記載例</b>

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に表示してください。

### 「人工呼吸器等」の特例

香川県指定難病が原因で、人工呼吸器等（※在宅酸素療法ではありません。）を装着している場合は、申請先（8ページ）にお問合せください。

## 自己負担上限額一覧表

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限額（外来＋入院）		
			一 般	特 例 ※ <sup>4</sup>	
				高額かつ長期	人工呼吸器等
低所得Ⅰ	非課税世帯※ <sup>1</sup>	本人年収※ <sup>2</sup> 80万円以下	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	課税あり・所得割合計※ <sup>3</sup>	71,000円未満	10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	所得割合計	71,000円以上 251,000円未満	20,000円	10,000円	
上位所得	所得割合計	251,000円以上	30,000円	20,000円	
入院時の食事			全額自己負担		

- ※1 **非課税世帯**とは、『市町村民税所得課税証明書』を提出する方がすべて「非課税＝課税額0円」となる世帯です。
- ※2 **本人年収**は、患者本人（患者本人が18歳未満のときはその保護者全員）の「所得金額」および年金等の「収入額」の合計額です。
- ※3 **所得割合計**は、提出する『市町村民税所得課税証明書』の「市町村民税所得割額」の合計額です。
- ※4 6ページの「高額かつ長期」または「人工呼吸器等」の要件を満たす方は、申請により、上記のとおり自己負担上限額の「特例」を受けられます。

## その他注意事項

**次の方は、必ず令和6年7月19日までに8ページ記載の申請先に御連絡ください。**

・期限（7月19日）までに申請が間に合わない方

※受付は9月30日（郵送の場合は必着）まで行います。ただし、7月20日から9月30日までに申請された方は、認定になった場合でも、受給者証の発行は10月1日より遅くなることを御了承ください。

- ・更新の申請をしない方（受給者が亡くなっている場合など）
- ・人工透析を行っている方
- ・県外へ転出される方

**令和6年10月1日以降は更新申請の受付はできません。**

10月1日以降は新規申請の扱いになります。認定になったとしても、医療費助成の対象とならない期間が生じる場合がありますので、御注意ください。

## 更新申請から『受給者証』の交付まで

### 受給者証を更新される方は…

① 指定医に『臨床調査個人票』の作成を依頼してください。

同封の「臨床調査個人票作成依頼書」に、疾病名、氏名、生年月日、住所を記入し、かかりつけの難病指定医（協力難病指定医）に渡し、『臨床調査個人票』を依頼します。作成に日数がかかることが多いので、お早めの依頼を推奨します。難病指定医等は、香川県のホームページまたは申請先で御確認ください。

※令和6年度から臨床調査個人票の様式は同封終了といたしましたので、御了承ください。

### 『臨床調査個人票』ができたなら…

② 『申請書』に必要事項を記入し、必要書類を準備してください。

1ページの「更新に必要な書類」により、書類を準備してください。

③ 申請先（下欄）に書類を郵送してください

書類に不足があると審査ができません。提出前に再度1ページを御確認ください。（不足があるときは御連絡します。）

④ 認定された方には申請先から『受給者証』をお送りします。

審査の結果、認定された方には新しい受給者証（令和6年10月1日～令和7年9月30日まで有効のもの）をお送りします。9月上旬から順次発送を始めます。

なお、7月19日までに申請された方でも、申請書類に不備があった方、保険証や住所等に変更があった方は、認定になった場合でも、受給者証の発行は10月1日より遅くなることを御了承ください。

## 申請先（お問合せ先）

受付時間 8:30～17:15（土・日・祝日を除く。）

お住いの市町	申請先	所在地	電話
さぬき市・東かがわ市 三木町・直島町	東讃保健福祉事務所 保健対策課	〒769-2401 さぬき市津田町津田930-2 大川合同庁舎 3階	0879-29-8265
小豆郡	小豆総合事務所 保健福祉課	〒761-4121 小豆郡土庄町湊崎甲2079-5 小豆合同庁舎 東館1階	0879-62-1373
丸亀市・坂出市・善通寺市 綾歌郡・仲多度郡	中讃保健福祉事務所 健康福祉課	〒763-0082 丸亀市土器町東八丁目526	0877-24-9961
観音寺市・三豊市	西讃保健福祉事務所 保健対策課	〒768-0067 観音寺市坂本町七丁目3-18 三豊合同庁舎 1階	0875-25-2052
高松市	香川県健康福祉総務課 難病等対策グループ	〒760-8570 高松市番町四丁目1-10 県庁本館16階	087-832-3272

香川県「指定難病」のページ

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kenkosomu/siteinanbyo/index.html>



県内の指定医療機関・難病指定医の一覧は、上記ホームページ内「**指定医療機関・指定医一覧**」に掲載しています。