

# 特定医療費受給者証 更新手続きのしおり

## 更新手続きの流れ



### 同封物の確認

- ・ 特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書
- ・ 臨床調査個人票作成依頼書
- ・ 個人番号(マイナンバー)調書
- ・ 更新手続きのしおり
- ・ 返信用封筒



### 臨床調査個人票 作成依頼

- ① 患者が臨床調査個人票作成依頼書に記入
  - ② ①を医療機関に提出
  - ③ 医療機関から臨床調査個人票を受け取る
- ※作成に時間がかかるので早めに依頼してください。



### 申請書の記入 必要書類準備

- ① 下の提出書類一覧の1番と4番の書類に署名・記入
- ② 提出書類一覧を確認して、その他の必要な書類を揃える。



### 提出

返信用封筒に提出書類を入れ、切手を貼り郵送する。

**7月18日締切**

※更新しない場合は申請先(p.2)に連絡ください。

| 番号                            | 必要書類一覧   | 参照ページ                   |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
|-------------------------------|--|-------------------------|--------------------|-----------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|---------|---------------------|----------|----------|------|
| 1                             | <b>特定医療費(香川県指定難病)支給認定申請書</b> <span>案内書類に同封</span>  | p. 3 ~5                 |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 2                             | <b>臨床調査個人票</b> <span>かかりつけの難病指定医に作成依頼</span>   | p.6                     |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 3                             | <b>本人・マイナンバーの確認書類(コピー)</b> ※4番の書類の裏面に貼り付け  | p.6                     |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 4                             | <b>個人番号(マイナンバー)調書</b> <span>案内書類に同封</span>   | p.7                     |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 5                             | <b>自己負担上限額管理票(R6.7月以降のもの・コピー可)</b><br>氏名を記入したものを提出。原則提出ですが、p.9の特例申請をしない場合は、提出しなくてもいいです。  | p.9                     |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 6                             | <b>令和7年度市町村民税所得課税証明書</b> <span>6月以降に市役所等で取得</span>   | p.9                     |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
|                               | <table border="1"> <thead> <tr> <th>【対象者】</th> <th>【所得課税証明書が必要な方】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV等の支援措置を受けている方</td> <td>被用者保険 ⇒ 被保険者分</td> </tr> <tr> <td><b>住民税未申告の方</b></td> <td>市町の国保・国保組合・後期高齢 ⇒ 同一保険世帯全員分</td> </tr> </tbody> </table>  | 【対象者】                   | 【所得課税証明書が必要な方】     | DV等の支援措置を受けている方 | 被用者保険 ⇒ 被保険者分 | <b>住民税未申告の方</b>               | 市町の国保・国保組合・後期高齢 ⇒ 同一保険世帯全員分 | 対象者のみ提出 |                     |          |          |      |
| 【対象者】                         | 【所得課税証明書が必要な方】   |                         |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| DV等の支援措置を受けている方               | 被用者保険 ⇒ 被保険者分  |                         |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| <b>住民税未申告の方</b>               | 市町の国保・国保組合・後期高齢 ⇒ 同一保険世帯全員分  |                         |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 7                             | <b>非課税収入の年額を証明する書類のコピー</b> <span>年金機構等から通知済</span><br><b>【対象者】</b> 以下のすべてを満たす方<br><table border="1"> <tr> <td>患者に<b>非課税収入(▶)</b>がある</td> <td rowspan="3">▶ <b>【非課税収入一覧】</b></td> <td>障害年金</td> <td>福祉手当</td> </tr> <tr> <td>支給認定基準世帯員(p.8)が<b>住民税非課税</b></td> <td>遺族年金</td> <td>障害手当</td> </tr> <tr> <td>患者の本人年収(※)が80万9千円以内</td> <td>障害補償(労災)</td> <td>特別児童扶養手当</td> </tr> </table> <p>※「本人年収」=「所得金額(年金を除く)」+「公的年金収入」+「非課税収入」</p> | 患者に <b>非課税収入(▶)</b> がある | ▶ <b>【非課税収入一覧】</b> | 障害年金            | 福祉手当          | 支給認定基準世帯員(p.8)が <b>住民税非課税</b> | 遺族年金                        | 障害手当    | 患者の本人年収(※)が80万9千円以内 | 障害補償(労災) | 特別児童扶養手当 | p.10 |
| 患者に <b>非課税収入(▶)</b> がある       | ▶ <b>【非課税収入一覧】</b>   | 障害年金                    |                    | 福祉手当            |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 支給認定基準世帯員(p.8)が <b>住民税非課税</b> |  | 遺族年金                    |                    | 障害手当            |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 患者の本人年収(※)が80万9千円以内           |  | 障害補償(労災)                | 特別児童扶養手当           |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |
| 8                             | <b>香川県指定難病受給者証のコピー</b><br>患者と同じ医療保険加入者のうち、「香川県指定難病」の受給者がいる場合   | -                       |                    |                 |               |                               |                             |         |                     |          |          |      |

## 更新申請後の流れ



締切（7/18）までの提出にご協力ください。更新申請の受付は9月30日まで可能ですが、

**10月1日以降は受付できません。**

受付順に審査を行います。締切後の提出の場合、審査が遅れる場合があります。

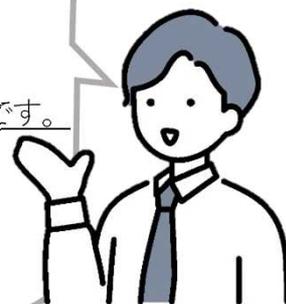
締切までに提出いただいた場合は、8月下旬～9月下旬にかけて受給者証を発送します。

### 個人番号（マイナンバー）調書の提出により 次の書類が不要になります！

- ・住民票    ・保険証（資格確認証）のコピー
- ・所得課税証明書（住民税未申告の方などは必要です。詳細はp.9参照）
- ※マイナンバー関係書類(p.1必要書類3・4)を提出しない場合は上記3点が必要です。
- ・所得課税証明書省略に係る調書

### 次の書類の提出が必要になりました。

- ・自己負担上限額管理票…高額かつ長期の申請漏れ防止のため（昨年度は該当者のみ提出）



### 説明用の動画を作成しました！

国の指定難病の説明動画ですが  
県の指定難病の場合もほぼ同じです。

香川県 指定難病更新 YouTube



### 申請先（お問い合わせ先）

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

# 申請書の記入方法について

**1** 令和7年4月時点の内容を印字しています。  
印字内容に修正がある場合、二重線で訂正してください。

**2** 黄塗部分に、**署名**・記入してください。  
消しゴム等で消せるもの（鉛筆・消せるボールペン）は使用しないでください。  
詳しい説明は次のページをご確認ください。

(記入例)

| 特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書【更新】  |                             |  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|--|-----------------------------|--|--------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|------|------------------|
| 送付先（確認して訂正）  | 電話番号                        | 0000-00-0000   | 続柄                       | 本人   | ・申請書は裏面もあります。<br>消えないボールペン等で記入してください。<br>黄塗部分は必ず記入してください。  |                          |                          |      |                  |
|  | 760-8570<br>高松市〇〇町1234-5678 |  | 香川 太郎 様                  |      |  | 郵送先は<br>住所地と異なっても構いません。  |                          |      |                  |
| 必ず記入   | 申請者（受診者）氏名（18歳未満の場合は保護者氏名）  |  |                          |      | 署名・✓をしてください<br>※患者が18歳未満の場合は保護者が署名<br>※印字内容から修正がある場合は✓   |                          |                          |      |                  |
|  | 香川 太郎                       |  |                          |      | 個人情報保護の<br>基礎資料として<br>給付状況、国民健<br>受給状況を県が<br>調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基礎世帯<br>員全員の同意を得て、特定医療費の支給を申請します。 |                          |                          |      |                  |
| 確認して訂正   | 疾患名                         | パーキンソン病  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | 受給者番号                       | 1  | 2                        | 3    | 4  | 5                        | 6                        | 7    | 生年月日<br>昭和〇年〇月〇日 |
|  | フリガナ                        | カガワ タロウ  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | 氏名                          | 香川 太郎  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
| 必ず記入   | 住民票の住所                      | 〒760-8570<br>高松市番町4丁目1番10号   |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | 受診者・保護者の<br>収入状況<br>(令和6年中) | 所得課税証明書に記載がない、遺族年金や障害年金等の支<br>給について、該当するものに☑を付けてくだ<br>さい。未記入の場合は、「受給がない」とします。<br>詳細は「手続きのしおり」p.10をご覧ください。<br><input type="checkbox"/> ①受給がない<br><input type="checkbox"/> ②受給がある(年間80万9千円を超え)<br><input checked="" type="checkbox"/> ③受給がある(年間80万9千円以内) |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
| 医療保険（確認して訂正）   | 特例等の申請<br>申請する場合に☑          | 人工呼吸器等装着<br>「手続きのしおり」p.8参照   | <input type="checkbox"/> | 昨年該当 | 無  | 高額かつ長期<br>「手続きのしおり」p.9参照 | <input type="checkbox"/> | 昨年該当 | 有                |
|  | 保険種別 保険者名称                  | <del>協会健保 全国健康保険協会 香州支部</del> 香川県後期高齢者医療広域連合   |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
| 医療保険（確認して訂正）   | 被保険者氏名                      | 香川 太郎  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | 氏名 (受診者)                    | 香川 太郎 (本人)   |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | 香川 花子                       | 配偶者  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
|  | <del>香川 太郎</del>            | <del>子</del>   |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
| 患者の加入する医療保険や、<br>令和7年10月1日時点で患者と同じ保険に加入<br>している方に追加・変更があれば訂正ください。  |                             |  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |
| 昭和25年生まれの10月1日までに75歳になる方へ<br>保険が「後期高齢者医療証」に変わります。<br>保険者名称を「香川県後期高齢者医療広域連合」に修正ください。<br>また、同じ世帯で令和7年10月1日時点で<br>後期高齢者医療証を持つ方、全員を記入ください。 |                             |  |                          |      |  |                          |                          |      |                  |

### 3

## 申請書（表面）に不明点がある場合に 確認してください。

### 令和6年の収入状況について（非課税収入について）

|      |                             |  |  |
|------|-----------------------------|--|--|
| 必ず記入 | 受診者・保護者の<br>収入状況<br>(令和6年中) | 所得課税証明書に記載がない、遺族年金や障害年金等の支給について、該当するものに☑を付けてください。未記入の場合は、「支給がない」とします。詳細は「手続きのしおり」p.10をご覧ください。  | 左記の③に☑を付けられた方の中から受給しているものに☑を付けてください。   |
|      |                             | <input type="checkbox"/> ① 支給がない<br><input type="checkbox"/> ② 支給がある(年間80万9千円を超え)<br><input checked="" type="checkbox"/> ③ 支給がある(年間80万9千円以内) | <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 ( <input checked="" type="checkbox"/> 日本年金 共済組合 遺族年金 日本年金 共済組合 事業団等文 )<br><input type="checkbox"/> 障害年金 ( <input type="checkbox"/> 日本年金 共済組合 事業団等文 )<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害手当<br><input type="checkbox"/> 福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害補償 (労災) |

一般的な年金（老齢年金）は該当しません。

- ・ 右の収入一覧の収入があるか確認してください。
- ・ 該当しない場合は「①支給がない」に✓してください。

#### 右の収入一覧に該当する場合

- ・ 該当する場合は②か③の「収入がある」に✓してください。
- ・ 収入（所得金額(年金分を除く)+公的年金収入+上記の収入）が80万9千円を超える場合は②、超えない場合は③に✓してください。

#### →③に✓した場合

- ・ 右の収入一覧にも✓してください。
- ・ p.10を確認し、非課税収入の年額を証明する書類が必要な場合は提出してください。  
(現在の自己負担上限額が2,500円の方は、提出が必要な場合が多いです。)

### 受診者と同じ医療保険の人について

|                 |                    |                              |                  |                                |
|-----------------|--------------------|------------------------------|------------------|--------------------------------|
| 保険種別            | 協会健保 全国健康保険協会 香川支部 | 香川県後期高齢者医療広域連合               |                  |                                |
| 被保険者氏名          | 香川 太郎              | 保険記号・番号・枝番 1234567 / 2345678 |                  |                                |
| 医療保険<br>いる方について | 氏名                 | 受診者との続柄                      | R7.1.1時点の住民票の市町村 | 【県使用欄】                         |
|                 | (受診者)              | (本人)                         | (市町村名) 高松市       | □年 80万9千 □種 □以内<br>□年 □所( ) □円 |
|                 | 香川 花子              | 配偶者                          | (市町村名) 高松市       | □年 80万9千 □種 □以内<br>□年 □所( ) □円 |

- ・ 国民保険、職別の国民健康保険組合、後期高齢
  - … 同じ世帯、同じ保険の全員  
(別世帯の、就学中の扶養している子も含む)
- ・ 協会けんぽ、共済組合、〇〇健康保険組合、船員保険等（被用者保険）
  - … 被保険者（会社にお勤めの方）と  
その被扶養者（扶養されている方）全員

同じ医療保険に加入している方が香川県指定難病の受給者の場合は受給者番号も記入してください。

#### ・ R7.1.1時点の住民票の市町村

令和7年1月1日時点の住民票上の住所地も記入してください。  
空欄の場合は、申請書の「住民票の住所」欄の住所で処理します。

4

申請書（裏面）の印字部分に修正がある場合に二重線で訂正してください。

5

赤枠部分に該当する場合は記入してください。

（記入例）

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。

| 名称                                      | 【県使用欄】                                  |
|---|---|
| ○×病院                                    |   |
| ○○病院                                    |   |
|   | <input type="checkbox"/>                |
|   | <input type="checkbox"/>                |
|   | <input type="checkbox"/>                |
| ※ここに記載がなくても難病の指定医療機関であれば受給者証をお使いいただけます。 |   |
|   | 臨床調査個人票記載医師の指定 <input type="checkbox"/> |
|   | ※県外難病指定医師確認済 <input type="checkbox"/>   |

医療機関（確認して訂正）

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 | 〒       |      |

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

| 氏名 | 受診者との続柄 | 電話番号 |
|----|---------|------|
|    | ( )     | -    |

④介護保険について  
該当する場合に☑をつけてください。

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

【県使用欄】

|     | □高長 | □入工 | 1回目審査 | 2回目審査 | 3回目審査 | 4回目審査 |
|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| 1回目 | ( ) | ( ) | ( )   | ( )   | ( )   | ( )   |
| 2回目 | ( ) | ( ) | ( )   | ( )   | ( )   | ( )   |
| 備考  |     |     |       |       |       |       |

主に利用する医療機関に変更があった場合は二重線で削除・追記  
※ここに記載のない医療機関であっても、指定医療機関であれば医療費助成を受けることができます。

患者が18歳未満の場合

表面以外の連絡先がある場合  
※別居のご家族や施設の方の連絡先でも構いません

介護認定がある場合

更新申請書類の提出後に、住所、氏名、保険等に変更があった場合は追加の変更申請が必要です。提出先までご連絡ください。

# 臨床調査個人票の入手方法



「臨床調査個人票作成依頼書」に氏名等を記入の上、  
**かかりつけの(協力)難病指定医に作成を依頼してください。**  
 医師が作成した臨床調査個人票を患者さんが受け取り、その他の申請書類と併せて申請先に送付ください。

## 本人・マイナンバー確認書類のコピー

**申請者の  
本人確認書類※**

マイナンバーカード (表面)

免許証

**マイナンバー提出者の  
マイナンバー確認書類**

マイナンバーカード (裏面)

通知カード

マイナンバー入り住民票

「マイナンバーカード」や「通知カード」がない場合に提出

**確認書類は個人番号 (マイナンバー) 調書の裏側に貼り付けてください。**

【本人確認書類】 ※代理人が申請する場合は代理人の確認書類

次のうちいずれか

- ①マイナンバーカード表面
- ②運転免許証／運転経歴証明書／旅券／身体障害者手帳／精神障害者保健福祉手帳療育手帳／在留カード／特別永住者証明書
- ③官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で写真の表示があり、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの

※①から③までの書類がない場合は、以下の書類の中から2つ以上  
 ア公的医療保険の被保険者証／年金手帳／児童扶養手当証書／特別児童扶養手当証書  
 イ官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの (※「特定医療費 (指定難病) 医療受給者証」が利用できます)

# 個人番号(マイナンバー)調書の記入方法について

1 氏名・マイナンバー等を記入してください。

2 申請者(又は代理人)の本人確認書類と記入したマイナンバーの確認書類を裏面に貼り付けてください。

(記入例) 記入欄が足りない場合は、この用紙をコピーして使用ください。

個人番号(マイナンバー)調書

(裏面あり)

1 受診者(受診者が18歳未満の場合は保護者も)の個人番号

|       |          |                         |                                       |  |
|-------|----------|-------------------------|---------------------------------------|--|
| 受診者   | かな<br>氏名 | かがわ たろう<br>香川 太郎        | 個人番号の変更歴有<br><input type="checkbox"/> | 番号確認書類【県使用欄】<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> 通知カード |
| 受給者番号 |          | 1 2 3 4 5 6 7           |                                       |  |
| 個人番号  |          | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |                                       |  |
| 保護者   | 氏名       |                         | 個人番号の変更歴有<br><input type="checkbox"/> | 番号確認書類【県使用欄】<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード   |

**患者さんの氏名、受給者番号、マイナンバーを記入ください。**  
患者さんが18歳未満の場合は、保護者の方の氏名、マイナンバーも記入ください。

<マイナンバーを提出しない場合>  
この調書により、所得課税証明書等の提出が不要になります。  
調書を提出されない方は、住民票、医療保険の資格情報を確認できる資料(資格確認書等)のコピー、令和7年度所得課税証明書の提出が必要です。

|          |              |                         |                                       |  |
|----------|--------------|-------------------------|---------------------------------------|--|
| 支給認定世帯員① | かな<br>氏名(続柄) | かがわ はなこ<br>香川 花子 (続柄 妻) | 個人番号の変更歴有<br><input type="checkbox"/> | 番号確認書類【県使用欄】<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 住民票<br><input type="checkbox"/> 通知カード |
| 個人番号     |              | 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 |                                       |  |
| 支給認定世帯員② | かな<br>氏名(続柄) | (続柄 )                   | 個人番号の変更歴有<br><input type="checkbox"/> | 番号確認書類【県使用欄】<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 住民票                                   |

**支給認定基準世帯員の氏名、マイナンバーを記入ください。**  
加入する医療保険ごとに記入する対象者が異なります。  
それぞれの記入対象者は次のとおりです。

| 加入医療保険の種類                              | 支給認定基準世帯員                                 |
|--|---|
| 市町の国民健康保険<br>職別の国民健康保険組合               | 同じ世帯で同じ保険の方全員<br>※別世帯の就学中の子供も含む           |
| 後期高齢者医療制度                              |   |
| 被用者保険<br>協会けんぽ、〇〇共済組合<br>〇〇健康保険組合、船員保険 | 被保険者(会社等にお勤めの方)<br>※患者自身が被保険者の場合は<br>記入不要 |

住所

個人番号の提出を、上記の者に委任します。

フリガナ

氏名

生年月日

年 月 日

**患者さんが書類を作成できない場合に記入してください。**  
代理人が作成する場合、裏面には代理人の本人確認書類を貼付ください。  
患者さんが作成し、家族の方が代理で提出する場合は必要ありません。

# 自己負担上限額について

| 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 ※4 |        |
|        |                           |                 |                | 高額かつ長期 | 人工呼吸器等 |
| 低所得Ⅰ   | 非課税世帯<br>※1               | 本人年収※2 80万9千円以下 | 2,500円         | 2,500円 | 1,000円 |
| 低所得Ⅱ   |                           | 本人年収 80万9千円超    | 5,000円         | 5,000円 |        |
| 一般所得Ⅰ  | 課税あり・所得割合計※3 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、支給認定基準世帯員がすべて「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、支給認定基準世帯員の「市町村民税所得割額」の合計額です。
- ※4 「高額かつ長期」(p.9)または「人工呼吸器等」(p.8)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。

支給認定  
基準世帯



| 加入医療保険の種類  |                         | 支給認定基準世帯                        |
|------------|-------------------------|---------------------------------|
| 市町村国民健康保険  | 職別国民健康保険組合<br>後期高齢者医療制度 | 同じ世帯で同じ保険の方全員<br>※別世帯の就学中の子供も含む |
| 職別国民健康保険組合 |                         |                                 |
| 後期高齢者医療制度  |                         |                                 |
| 被用者保険      | 患者が被保険者                 | 患者本人                            |
|            | 患者が被扶養者                 | 被保険者、患者本人                       |

## 特例申請について

### 人工呼吸器を一日中装着している方

→ **人工呼吸器等**の特例に該当します。

香川県指定難病が原因で、人工呼吸等（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（p.2）にお問い合わせください。

#### 【対象者】

- ・人工呼吸器（※在宅酸素療法ではありません。）を装着し、かつ『臨床調査個人票』の「人工呼吸器」欄で次の3つの要件すべてを満たすことが確認できる方
  - ① 人工呼吸器を「一日中施行」していること
  - ② 「離脱の見込み」が「なし」であること
  - ③ 「生活状況」は、どの項目も「部分介助」または「全介助」の状態であること
- ・体外式補助人工心臓を装着している方

#### 【特例の内容】

人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を一日中装着し、日常生活全般において介助を要する方は、申請により自己負担上限月額が**1,000円**となります。

## 次の特例の申請をする場合、 自己負担上限額管理票

(原本又はコピー)の提出が必要です。

特例申請への申請漏れを防ぐため、お手元にお持ちの方は、原則提出をお願いしています。  
※管理票のコピーを提出される方は、月ごとの医療費合計が確認できるものを提出してください。

氏名・病名・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6年9月分

(受診者名) **難病 太郎** (受給者番号)

病名 **慢性腎不全** 有効期間

日付 下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 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 |
|----|---------|-------------|-------|-------------|-----|
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |
|    |         |             |       |             |     |

指定医療機関の窓口に表示してください。

特例の申請にはこの10割分の額の月ごとの「合計」をご確認ください。

## 高額な医療費が年間6回以上かかっている方

→ **高額かつ長期**の特例に該当します。

住民税課税世帯（一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位）の自己負担額を軽減する特例です。

### 【対象者】

令和6年7月から令和7年9月までの、いずれかの連続する12か月のうち、指定難病に係る医療費総額【10割】の合計が**50,000円を超える月が、6か月以上**ある方。

### 【特例の内容】

次の階層区分の方の**自己負担上限月額が軽減**される。

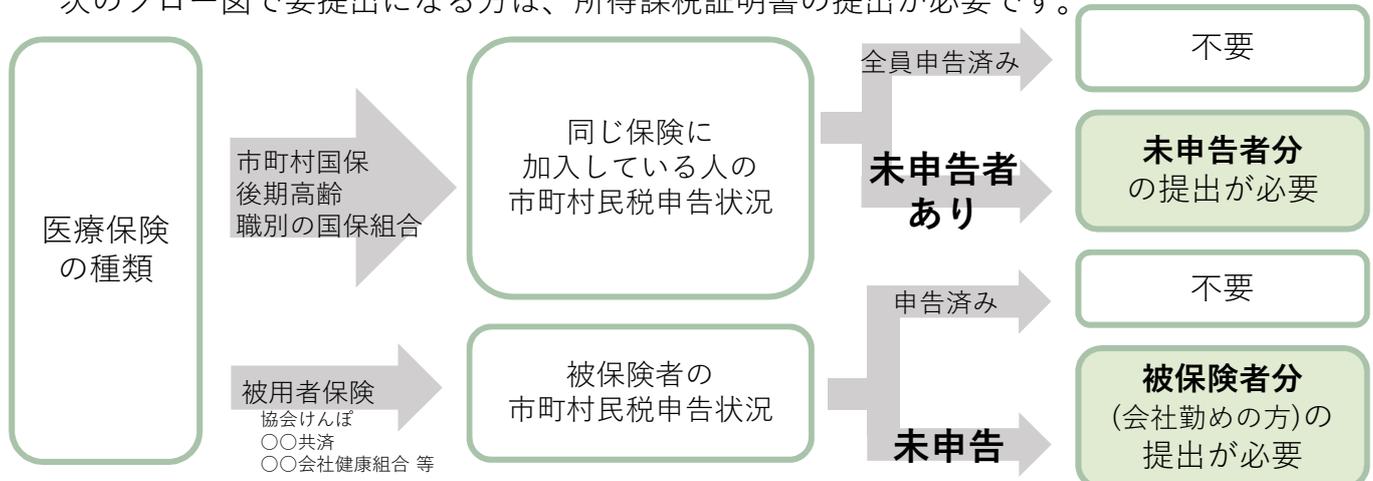
一般所得Ⅰ…1万円→5千円、一般所得Ⅱ…2万円→1万円、上位所得…3万円→2万円

| 令和6年 |   |   |    |    |    | 令和7年 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7    | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ×    | × | ① | ×  | ②  | ×  | ③    | ④ | × | ⑤ | × | ⑥ | × | × | × |

← 連続する12か月 →

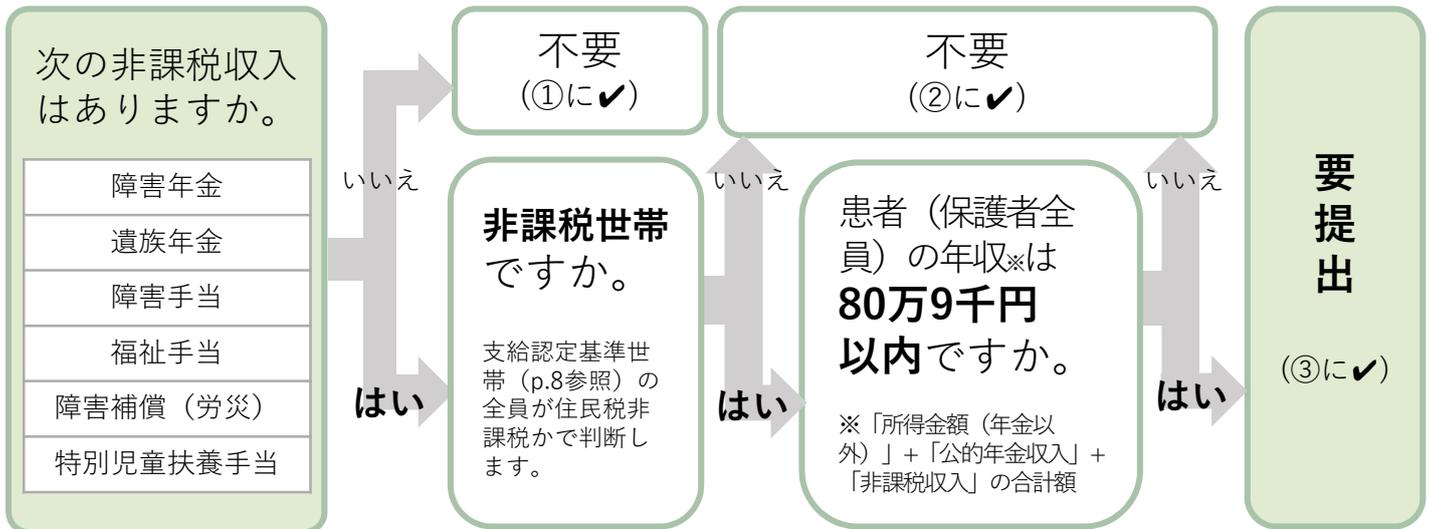
## 令和7年度所得課税証明書の提出が必要な方

次のフロー図で要提出になる方は、所得課税証明書の提出が必要です。



以上に該当しない場合でも、被用者保険被扶養者かつ住民税未申告の場合や、市町からのDV等支援措置を受けている場合等、県で所得課税情報を取得できない場合には、所得課税証明書の提出をお願いすることがあります。

# 非課税収入の年額を証明する書類



## 【提出書類の例】年金額改定通知書

| 国民年金・厚生年金保険 年金額改定通知書 |       |                  |                                |
|----------------------|-------|------------------|--------------------------------|
| 年金の種類                | 年金コード | 年金               | 印影                             |
| 国民年金<br>(基礎年金)       | 基本額   | 令和6年4月からの<br>年金額 | 参考：改定前の年金額<br>(令和5年4月の<br>年金額) |
|                      | 支給停止額 | 円                | 円                              |
|                      | 年金額   | 円                | 円                              |
| 厚生年金<br>保険           | 基本額   | 円                | 円                              |
|                      | 支給停止額 | 円                | 円                              |
|                      | 年金額   | 円                | 円                              |
| 合計年金額(年額)            |       | 円                | 円                              |

令和5年6月1日

年金額改定通知書等、非課税収入の年額（R6.1月～R6.12月）の分かる証明書類を提出ください。  
（昨年6月に年金事務所から郵送されたハガキです。）

所得金額と収入額(所得金額(年金を除く)+公的年金収入+非課税収入)の額を足した額が80万9千円以内か超かで、自己負担上限額の階層区分を判定します。

**どれに該当するか不明な場合は、③にチェックの上、書類を提出ください。**

## その他注意事項

次の方は、必ず令和7年7月18日までにp.2記載の申請先にご連絡ください。

- ・更新の申請をしない方（受給者が亡くなられている場合など）
- ・県外へ転出される方

締め切りまでの提出にご協力ください。

- ・更新申請の受付は9月30日（郵送の場合は必着）まで行います。ただし、7月18日を過ぎて申請された方は、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もあります。
- ・**令和7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、ご注意ください。
- ・**申請は原則郵送で行います。**窓口にお越しいただくことも可能ですが、窓口混雑のためお待たせする場合がございます。提出期限間近は、非常に窓口が混雑することが予想されますので、日数・時間に余裕を持ってお越しください。

# 香川県難病対策連絡協議会

## ニューズレター

第23号

令和7年4月1日発行

【発行】香川県難病対策連絡協議会事務局  
〒760-8570 香川県高松市番町4-1-10  
香川県健康福祉部 保健福祉総務課内  
TEL 087-832-3260  
FAX 087-806-0209

### 香川県難病対策連絡協議会を開催しました！

令和7年1月30日（木）難病診療連携拠点病院である香川大学医学部附属病院、神経・筋疾患分野の難病診療分野別拠点病院である国立病院機構高松医療センターをはじめ、県内で難病患者の支援に携わる関係機関の代表にお集まりいただき、香川県難病対策連絡協議会を開催しました。

本協議会では、難病について早期の正しい診断、適切な疾病管理のための治療継続、及び良質な療養生活の確保を図る医療提供体制の構築に向けた県内の体制づくりの一環として、各病院や関係機関が取り組む難病患者の支援状況について報告を行っています。

今回は当難病相談支援センター、香川大学医学部附属病院（香川県委託事業）の活動をお知らせします。

### 香川県難病相談支援センター

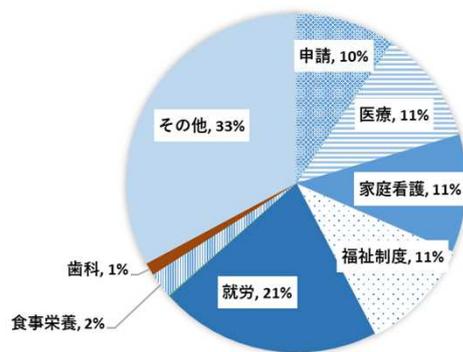


香川県難病相談支援センターは、香川県庁本館16階の保健福祉総務課（旧：健康福祉総務課）内と各保健福祉事務所にあり、保健師の資格を有する難病相談支援員が難病患者・家族の方々からの相談に応じるとともに、協力機関・団体と連絡調整等を行っています。その他、難病患者さん同士の支え合いを目的としたピアサポート研修会や、各保健福祉事務所では疾患理解のために医療相談会・講演会を開催しています。

#### ◆◆◆相談状況(令和5年度)◆◆◆

| 相談窓口    |          |      |        |      | 相談方法  |       |     |     |
|---------|----------|------|--------|------|-------|-------|-----|-----|
| 健康福祉総務課 | 保健福祉事務所等 | かがやき | ハローワーク | 医療機関 | 来所    | 電話    | 訪問  | その他 |
| 125     | 1,485    | 79   | 1,135  | 729  | 1,949 | 1,080 | 461 | 63  |

(注)医療機関の相談件数は香川大学医学部附属病院、高松医療センター、県立中央病院の相談件数



★香川県保健福祉総務課・各保健福祉事務所、高松市、患者会の行事予定はこちらから確認できます。  
掲ページ番号：46716



令和6年度から難病支援に関する情報を毎月香川県公式LINEで発信しています！  
※香川県全般の情報が含まれます。

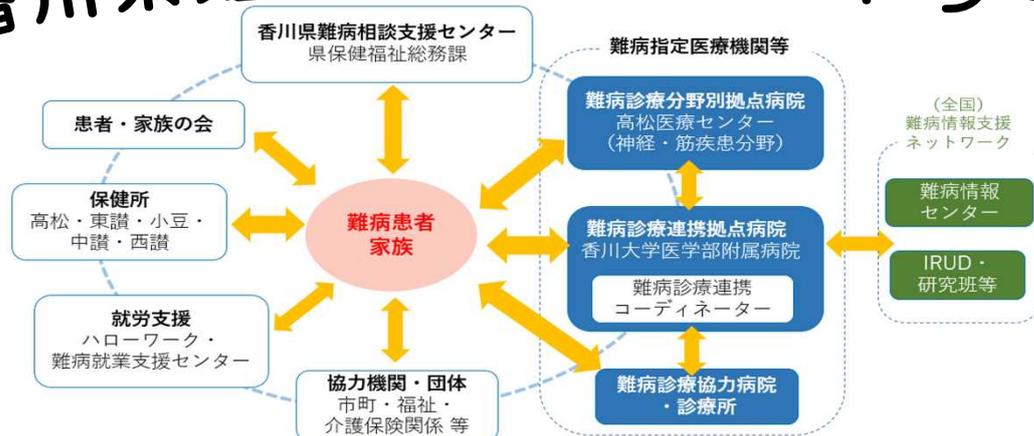
### 香川大学医学部附属病院

香川県から委託を受けた「香川県難病相談支援ネットワーク事業」において、令和7年1月16日特発性拡張型心筋症の患者さんやご家族を対象とした交流会を開催しました。

第一部は香川県健康福祉総務課より香川県の難病相談支援・対策についての説明と、当院循環器内科医師の拡張型心筋症疾患・治療についての講義を行いました。第二部のおしゃべり会では、各グループに医療従事者や県庁難病担当者を交えて療養生活での工夫や悩みの共有を行い、療養生活や活用できる制度の情報交換を行いました。

参加者からは「知らなかった事もあり勉強になった」、「気持ちが楽になった」、「他の人の話が聞けて良かった」との感想を頂きました。さらに「また参加したい」との声が多く寄せられ、交流会の重要性を実感しました。今後も医療・福祉の両面から患者さんやご家族を支えるために、継続して交流会を開催したいと思います。

# 香川県難病相談支援ネットワーク



難病の患者さんや家族の方々への相談支援を関係機関が連携して行っています。

## ◎ 医療や生活などの相談は…

| 相談機関   | 電話番号              | 管轄区域                      |
|--|-------------------|---------------------------|
| 保健福祉総務課 難病等対策グループ<br>(香川県難病相談支援センター)             | 087-832-3260 (直通) | 県内全域                      |
| 高松市健康づくり推進課                                      | 087-839-2363 (代表) | 高松市                       |
| 小豆総合事務所 (保健福祉課)                                  | 0879-62-1373 (直通) | 小豆郡                       |
| 東讃保健福祉事務所 (保健対策課)                                | 0879-29-8265 (直通) | さぬき市、東かがわ市、<br>三木町、直島町    |
| 中讃保健福祉事務所 (健康福祉課)                                | 0877-24-9961 (直通) | 丸亀市、坂出市、普通寺市、<br>綾歌郡、仲多度郡 |
| 西讃保健福祉事務所 (保健対策課)                                | 0875-25-2052 (直通) | 観音寺市、三豊市                  |
| 香川大学医学部附属病院<br>(総合地域医療連携センター内<br>難病診療連携コーディネーター) | 087-898-5111 (代表) | 県内全域                      |
| 独立行政法人国立病院機構<br>高松医療センター (地域医療連携室)               | 087-841-2146 (代表) | 県内全域                      |

## ◎ 仕事と治療の両立や、就職の相談は…

| 相談機関  | 電話番号   | 管轄区域                            |
|---|--|---------------------------------|
| 社会福祉法人 香川県手をつなぐ育成会<br>香川県難病就業支援センター かがやき<br>(障害福祉サービス事業所 あゆみ園内) | 【就労支援専門員による相談日】<br>第2・4水曜日<br>090-2780-5356 (専用電話)<br>第2・4水曜日以外<br>087-866-0111 (代表) | 県内全域                            |
| ハローワーク高松 専門援助部門 (③窓口)<br>※難病患者就職サポーターによる面接                      | 087-869-8609 (46#)<br>相談日は事前に要確認   | 高松市、三木町、直島町<br>※県内全域(オンライン相談も可) |
| ハローワーク丸亀  | 0877-21-8609 (代表)  | 丸亀市、普通寺市、仲多度郡                   |
| ハローワーク坂出  | 0877-46-5545 (代表)  | 坂出市、綾歌郡                         |
| ハローワーク観音寺   | 0875-25-4521 (代表)  | 観音寺市、三豊市                        |
| ハローワークさぬき   | 0879-52-2595 (代表)  | さぬき市                            |
| ハローワーク東かがわ  | 0879-25-3167 (代表)  | 東かがわ市                           |
| ハローワーク土庄  | 0879-62-1411 (代表)  | 小豆郡                             |

## お知らせ

◎令和7年4月から、指定難病の対象疾病が7疾病追加され、348疾病となります。

◎4月から「特定医療費(指定難病)受給者証」および「登録者証」をお持ちの方は、県の公共施設の一部において利用料が免除されます。対象施設は、以下のとおりです。詳細は各施設に御確認ください。

### 【対象施設】

- ・ 特別名勝栗林公園
- ・ 香川県社会福祉総合センター
- ・ 東山魁夷せとうち美術館
- ・ 県立ミュージアム
- ・ さぬきこどもの国
- ・ かがわ総合リハビリテーション福祉センター