

支給認定と
変更認定共用

番 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

都道府県知事 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

理由

- 1. 指定難病にかかっていないため
- 2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため
【指定難病名：】

- (1) 病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため
- (2) 軽症高額該当の要件を満たしていないため

3. その他

- (1) 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため
- (2) 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため
- (3) その他（ ）

教 示

（不服申立てについて）

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

（障害福祉サービス等について）

上記理由の「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に該当している方は、以下のとおりとなります。

- 1. 本通知は「2. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」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。

指定難病にかかっていることに関する問合せ先
 ○○○都道府県○○○局(部)○○○課○○○係 (TEL 000-000-0000)
 又は○○○保健所 (TEL 000-000-0000)