

島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

市町村長 殿

申請者記載欄

1 患者情報

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名					満 歳
住所	〒 -		連絡先 電話番号	自宅 携帯	

(住所については、マンション名、号室等まで記載願います。)

医師等記載欄

2 上記患者の疾病等名称

(該当する項目にチェック☑をつけてください。)

がん治療
小児慢性特定疾病
指定難病又は特定疾患
妊産婦健診
出産
特定不妊治療
子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応(疑いを含む。)に係る治療(HPV)

疾病等名称

3 対応が困難な離島（HPV又は特定不妊治療の場合は記載不要。）

(多良間村、竹富町又は与那国町在住の患者が沖縄本島への通院を要する場合は、宮古島又は石垣島へもチェック☑願います。)

上記患者が居住している離島は、上記疾病等への対応が困難である。
宮古島
石垣島

4 島外の医療施設における治療等の必要性について（HPV又は特定不妊治療の場合は記載不要。）

(該当する項目にチェック☑をつけてください。複数選択可。)

専門的な診断・治療等を必要とするため
特殊な検査等を必要とするため
その他()

5 付添人の同行について

(付添人の同行が必要な場合は、「付添人が必要」と、括弧内の当てはまる項目にもチェック☑をつけてください。)

付添人が必要
未成年者
要介護者
要支援者
その他特別な理由※

※ 「その他特別な理由」にチェック☑をつけた場合は、その内容を簡潔に記載してください。

	年	月	日
医療施設所在地			
医療施設名称			
診療科目			
医師名			印

関係者のみなさまへ ～「沖縄県離島患者等支援事業」の目的～

お住まいの離島から島外医療施設への通院を必要とされているがん、難病等の患者、妊産婦及びその付添人の方に対し、通院に要する経費を助成することで、離島患者等の経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会を確保することが、「沖縄県離島患者等支援事業」の目的です。事業の目的にご理解いただき、本意見書の記載にご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書

市町村長 殿

本人記入を、忘れずに行ってください。

申請者記載欄

1 患者情報

フリガナ	タケトミ タロウ	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日 満〇〇歳
氏名	竹富 太郎				
住所	〒 907 - 1101 沖縄県八重山郡竹富町 字竹富〇〇〇番地〇〇	連絡先 電話番号		自宅 85-〇〇〇〇 携帯 090-****-****	

(住所については、マンション名、号室等まで記載願います。)

治療や経過観察が多年度にわたる場合、
本書は毎年4月に再度取得して下さい。
年度につき1枚が必要となります。

医師等記載欄

2 上記患者の疾病等名称

(該当する項目にチェック☑をつけてください。)

がん治療 小児慢性特定疾病 指定難病又は特定疾患 妊産婦健診 出産
特定不妊治療 子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応(疑いを含む。)に係る治療(HPV)

疾病等名称

3 対応が困難な離島(HPV又は特定不妊治療の場合は記載不要。)

(多良間村、竹富町又は与那国町在住の患者が沖縄本島への通院を要する場合は、宮古島又は石垣島へもチェック☑願います。)

上記患者が居住している離島は、上記疾病等への対応が困難である。(宮古島 石垣島)

4 島外の医療施設における治療等の必要性について(HPV又は特定不妊治療の場合は記載不要。)

(該当する項目にチェック☑をつけてください。複数選択可。)

専門的な診断・治療等を必要とするため 特殊な検査等を必要とするため
その他()

5 付添人の同行について

(付添人の同行が必要な場合は、「付添人が必要」と、括弧内の当てはまる項目にもチェック☑をつけてください。)

付添人が必要 (未成年者 要介護者 要支援者 その他特別な理由※)

※ 「その他特別な理由」にチェック☑をつけた場合は、その内容を簡潔に記載してください。

年 月 日

医療施設所在地

医療施設名称

診療科目

医師名

印

関係者のみなさまへ ～「沖縄県離島患者等支援事業」の目的～

お住まいの離島から島外医療施設への通院を必要とされているがん、難病等の患者、妊産婦及びその付添人の方に対し、通院に要する経費を助成することで、離島患者等の経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会を確保することが、「沖縄県離島患者等支援事業」の目的です。事業の目的にご理解いただき、本意見書の記載にご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

竹富町離島難病患者・妊産婦等の渡航費等助成申請書提出時のチェックシート		申請者		
対象	事項	添付書類・取得書類・提出書類について	チェック (申請者)	メモ・備考等
妊産婦支援について	母子手帳について	■申請の際に、親子健康手帳の写しを必要なので、持参してください。助成対象となるのは、計14回までの妊婦健康診査に係る渡航費と、産婦健診に係る渡航費となります。	<input type="checkbox"/>	
	船賃について	■令和4年4月1日以降の渡航からは、申請の際に船賃の領収書が必要となりました。渡航の際には領収書を取得していただき、保管・提出していただきますようお願いいたします。	<input type="checkbox"/>	
	宿泊費について	■出産待機の為の宿泊費は、妊娠36週目から認められております。それ以前の宿泊費は対象外となりますので、ご注意ください。	<input type="checkbox"/>	
		■宿泊費は、原則として出産日までの宿泊費が助成対象となっております。マンスリータイプの宿泊施設を先払いでご利用の方は、対象外の宿泊費が発生しやすいのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>	
里帰り出産について	■県内外を問わず、航空運賃を伴う里帰り費用は、本補助事業では対象外となります。竹富町では、別途助成事業をご用意しておりますので、担当までお問い合わせください。	<input type="checkbox"/>		
共通事項	地上交通費について	■タクシー、バス、モノレール、レンタカー他、地上交通手段については、助成対象外となっております。ご了承ください。	<input type="checkbox"/>	
	義務履行確認書について	■助成金・補助金を申請する場合は、町税・国保税・他公共賦課金に未納・滞納等の無いことが条件となります。未納・滞納等がある場合は、申請書類一式をお返しすることとなりますので、ご了承ください。納付が確認され次第、再度申請することができます。	<input type="checkbox"/>	
	振込先について	■誤振込を避けるため、通帳・キャッシュカード等のコピーをご提出ください。	<input type="checkbox"/>	
共通事項（妊産婦支援を除く）	意見書について	■治療継続中の方は、年度が変わると新たに今年度分の医師意見書が必要となります。今年度分の意見書を取得し、申請時に提出してください。妊産婦以外の対象者全ての方が必要となります。	<input type="checkbox"/>	
		■医師より、付添人が必要だと判断された場合、その旨の記載がされた意見書を取得する必要があります。付添人は1名のみで、配偶者・扶養義務者・後見人等、限られた方が認められます。	<input type="checkbox"/>	
		■初めて申請をしようとする方が、沖縄本島で治療を行う場合、意見書4「当該の医療施設における治療等の必要性について」に記載がされている必要があります。	<input type="checkbox"/>	
	医療機関の領収書について	■医師の意見書・紹介状があっても、沖縄県外での治療にかかる渡航費用は、助成対象外となっておりますので、ご了承ください。	<input type="checkbox"/>	
		■申請には、医療機関が発行する領収書と、診療報酬明細書が必要となりますので、必ず取得してください。	<input type="checkbox"/>	
		■医療機関発行の領収書は、コピーの提出でも構いません。	<input type="checkbox"/>	
	船賃について	■薬局等、医療機関以外の領収書に基づく申請は不可となっております。	<input type="checkbox"/>	
■船賃は、離島割引価格の額面分の補助となります。治療による渡航時に、毎回船賃領収書を取得してください。		<input type="checkbox"/>		
		■申請の際、船賃の領収書は原本が必要で、コピーは不可です。また、宛名欄に乗船者本人の氏名が記載されているか、確認してください。事業所名等が記載されている場合は、助成できません。	<input type="checkbox"/>	

対象	事項	添付書類・取得書類・提出書類について	チェック (申請者)	メモ・備考等
共通事項 (妊産婦支援を除く)	船賃 について	■障がい者割引、子ども運賃(小児慢性の場合)で乗船される場合も、領収書が必要となります。	<input type="checkbox"/>	
		■貨物フェリーに関しましては、通常船舶の欠航等の特別な事情が無い限り、利用を控えてください。離島割り運賃を超える金額は、助成できませんので、ご注意ください。	<input type="checkbox"/>	
		■他の制度との二重助成は不可です。ご注意ください。	<input type="checkbox"/>	
	宿泊費 について	■宿泊費は、真に必要と認められる宿泊のみが対象となります。治療に基づく渡航と、他の用事等とを混同しないよう注意してください。	<input type="checkbox"/>	
		■申請の際、宿泊費の領収書は原本が必要で、コピーは不可です。また、宛名欄に乗船者本人の氏名が記載されているか、確認してください。事業所名等が記載されている場合は、助成できません。	<input type="checkbox"/>	
		■宿泊費は、領収書の再発行が困難であるため、その都度取得してください。また、1泊当たり5,000円が補助上限となっておりますので、ご了承ください。	<input type="checkbox"/>	
		■船・飛行機の欠航等により、やむを得ず宿泊が必要となった場合は、欠航証明書を取得して下さい。船会社のカウンターにて発行されます。	<input type="checkbox"/>	
	航空運賃 について	■航空運賃は、離島割引価格が上限額で、掛かった費用の80%が補助額となります。	<input type="checkbox"/>	
		■申請の際、航空運賃の領収書は原本が必要で、コピーは不可です。また、搭乗証明書が必要となりますので、搭乗時の半券又は航空会社発行の搭乗証明書を取得してください。	<input type="checkbox"/>	
		■航空運賃は、領収書及び搭乗証明書の再発行が困難であるため、その都度取得してください。インターネット購入時の領収書よりも、航空会社カウンターで発行された領収書が望ましいです。	<input type="checkbox"/>	
■急遽の入院等旅程に変更が発生し、払戻等が必要となった場合は、払戻明細書を取得してください。		<input type="checkbox"/>		
■ホテルパック等包括旅行券の使用も可能ですが、料金内訳の記載がされないため、審査に時間を要する場合があります。		<input type="checkbox"/>		
指定難病・特定不妊治療	受給者証について	■受給者証に記載されている「有効期限」期間中の領収書のみが、助成対象となります。更新された場合は、必ず最新の受給者証を提示してください。意見書も取得する必要があります。	<input type="checkbox"/>	
		■受給者証に記載されている「指定医療機関」以外への通院に係る渡航費は、対象外となります。	<input type="checkbox"/>	
	特定不妊治療費助成事業承認決定通知書について	■特定不妊治療に係る渡航費を申請される方は、沖縄県の発行する「特定不妊治療費助成事業承認決定通知書」が必要となります。申請時に写しを提出してください。	<input type="checkbox"/>	
		■可能であれば、沖縄県に事業申請をした書類一式の写しを提出してください。 ■特定不妊治療費助成事業承認決定通知書があっても、 県外への渡航費は対象外 となります。	<input type="checkbox"/>	

その他お知らせ 1. 領収書等は、のり・テープ等で貼付しないでください。
2. 申請期限は設けられておりません。ある程度まとめて申請することも可能です。

竹富町離島難病患者等の渡航費等助成申請書

年 月 日

竹富町長 様

申請者 住所

氏名

印

(本人との続柄

)

連絡先電話番号

ふりがな		性別	生 年 月 日	
患者氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日(満 歳)	
住 所	〒 竹富町	連絡先	自宅	
			携帯	
保護者住所(患者が20歳未満の場合記入)		続 柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合記入)	
ふりがな		続 柄	〒	
氏 名				
疾患名		治療中の医療機関		
		名 称		
		所在地		
		電 話		
今回申請の航路及び航空路線				
年 月 日	航路名、航空会社及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備考
宿泊施設の名称		宿泊期間	月 日から 月 日	
渡航費等合計額		助成金請求額	円	
口座振込	銀行・金庫			本店
	組合			支店
	店 番 号		フリガナ	
	口座番号		名義人	

(注)この申請書は、医師の意見書が無ければ申請出来ません。年に1回必ず取得して下さい。

(注)この申請書は、国・県において実施されている特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業で、沖縄県知事の発行する受給者証の交付を受けている方にのみ使用されるものです。

(注)添付書類:①受給者証(写し)、②航空券の控え(写し)、③受給者証に記載された医療機関の領収書、診療明細書等

④渡航費及び宿泊費の領収書、⑤振込口座番号(通帳又はカードの写し)、⑥義務履行確認書

竹富町離島難病患者等の渡航費等助成申請書				
記入例				
竹富町長 様	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">日付は空けて下さい</div>		年	月 日
	申請者 住所	字竹富〇〇〇番地〇〇		
	氏名	竹富太郎		
	(本人との続柄)	本人		
	連絡先電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
ふりがな	たけとみたろう	性別	生 年 月 日	
患者氏名	竹 富 太 郎	男・女	大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日(満〇〇歳)	
住 所	〒 907-1101 竹富町 字竹富〇〇〇番地〇〇		連絡先	自宅 85-〇〇〇〇 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
保護者住所(患者が20歳未満の場合記入)		続 柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合記入)	
ふりがな			〒	
氏 名				
疾患名		治療中の医療機関		
〇〇がん		名 称	沖縄県立八重山病院	
		所在地	石垣市真栄里584-1	
		電 話	87-5557	
今回申請の航路及び航空路線				
年 月 日	航路名、航空会社及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備考
ここは記入しないでも大丈夫です。				
宿泊施設の名称			宿泊期間	月 日から 月 日
渡航費等合計額			助成金請求額	円
口座振込	ゆうちょ		銀行・金庫	本店
			組合	〇〇〇 支店
	店 番 号	7 〇 〇	フリガナ	タケトミ タロウ
	口座番号	〇 1 2 3 4 5 6 7 8	名義人	竹 富 太 郎

(注)この申請書は、医師の意見書が無ければ申請出来ません。年に1回必ず取得して下さい。

(注)この申請書は、国・県において実施されている特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業で、沖縄県知事の発行する受給者証の交付を受けている方にのみ使用されるものです。

(注)添付書類:①受給者証(写し)、②航空券の控え(写し)、③受給者証に記載された医療機関の領収書、診療明細書等

④渡航費及び宿泊費の領収書、⑤振込口座番号(通帳又はカードの写し)、⑥義務履行確認書

義務履行確認申請書

竹富町長 殿

使用目的	医療に係る渡航費補助金交付申請
対象年度	※特に指定がある場合記入

上記使用目的の添付書類として必要ですので、関係課における納付状況を確認願います。
また、竹富町への納入状況等を確認し、確認書を発行することに同意いたします。

※個人情報保護のため、申請時に「本人確認」が必要です。
代理の場合は「委任状」が必要となり、代理人に対し「本人確認」を行います。
※税又は使用料等を2週間以内に納付された方は、領収書を必ず提示してください。
※義務履行確認書の有効期間は確認日より1ヶ月以内です。
(※義務履行確認書は、12:00~13:00の間は扱っておりませんご注意ください。)

令和 年 月 日

申請者 住所

ふりがな

氏名

印

生年月日/設立年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号

※携帯電話等、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

※申請者が法人の場合は、代表者氏名も記入してください。

委任状

私は下記の者を代理人として次の事項を委任します。

1,私の竹富町に対する義務履行確認書の交付申請及び受領すること

2,義務履行に係る確認事項について、納入状況の告知を受けること

代理人 住所

ふりがな

氏名

印

電話番号

※携帯電話等、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

本人確認

免許証 保険証 離島住民割引カード 在留カード
マイナンバーカード その他()

義務履行確認申請書

記入例

竹富町長 殿

使用目的	医療に係る渡航費補助金交付申請	
対象年度		※特に指定がある場合記入

上記使用目的の添付書類として必要ですので、関係課における納付状況を確認願います。
また、竹富町への納入状況等を確認し、確認書を発行することに同意いたします。

日付は空けて下さい

※個人情報保護のため、申請時に「本人確認」が必要です。
代理の場合は「委任状」が必要となり、代理人に対し「本人確認」を行います。
※税又は使用料等を2週間以内に納付された方は、領収書を必ず提示してください。
※義務履行確認書の有効期間は確認日より1ヶ月以内です。
(※義務履行確認書は、12:00~13:00の間は扱っておりませんご注意ください。)

令和 年 月 日

申請者 住所 字竹富〇〇〇番地〇〇

ふりがな たけとみ はなこ

氏名 竹富 花子

印

生年月日/設立年月日: 昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

電話番号 090-****-****

申請書の名前と一致

※携帯電話等、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

※申請者が法人の場合は、代表者氏名も記入してください。

委任状

私は下記の者を代理人として次の事項を委任します。

1,私の竹富町に対する義務履行確認書の交付申請及び受領すること

2,義務履行に係る確認事項について、納入状況の告知を受けること

代理人 住所

ふりがな 代理人が申請する場合は、こちらをご記入下さい。

氏名 本人が申請する場合は、記入不要です。

印

電話番号

※携帯電話等、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

本人確認

免許証 保険証 離島住民割引カード 在留カード
マイナンバーカード その他()

難病にかかる医療費の助成が受けられます

◆ 難病医療費助成制度の対象疾病（指定難病）は
平成30年4月から **331疾病** に拡大しています。

◆ 指定難病に関する情報については、「**難病情報センター**」のホームページを
ご覧ください。 <http://www.nanbyou.or.jp/>

難病情報センター 検索

- ・ 都道府県・指定都市ごとの相談窓口
 - ・ 都道府県・指定都市ごとの難病指定医や難病指定医療機関
 - ・ 指定難病の疾病概要や診断基準
- などが掲載されています。

申請について

< 難病医療費申請の流れ >



◆ 申請方法について詳しくは、お住まいの都道府県・指定都市の窓口にお問い合わせください。

◆ 医療費助成の申請の際には主に次の書類が必要となります。

- ① 診断書（臨床調査個人票）
- ② 申請書（指定難病医療費支給認定用）
- ③ 公的医療保険の被保険者証のコピー
- ④ 市町村民税の課税状況の確認書類
- ⑤ 世帯全員の住民票の写し

なお、都道府県・指定都市により、④⑤の書類の添付を省略できる場合や①～⑤以外の書類の提出を求める場合があります。



難病医療費助成制度の対象となる疾病一覧 1/3

平成30年4月から対象となった疾病
(1疾病/告示番号331)

疾病名	告示番号
特発性多中心性キャスルマン病	331

平成30年4月から疾病の名称を変更するもの
(3疾病/告示番号107,177,330)

旧病名	新病名	告示番号
全身型若年性特発性関節炎	若年性特発性関節炎	107
有馬症候群	ジュベール症候群関連疾患	177
先天性気管狭窄症	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症	330

331疾病 (あいうえお順)

疾病名	告示番号
あ アイカルディ症候群	135
アイザックス症候群	119
IgA 腎症	66
IgG4関連疾患	300
亜急性硬化性全脳炎	24
悪性関節リウマチ	46
アジソン病	83
アッシャー症候群	303
アトピー性脊髄炎	116
アペール症候群	182
アラジール症候群	297
α1-アンチトリプシン欠乏症	231
アルポート症候群	218
アレキサンダー病	131
アンジェルマン症候群	201
アントレー・ビクスラー症候群	184
い イソ吉草酸血症	247
一次性ネフローゼ症候群	222
一次性膜性増殖性糸球体腎炎	223
1p36欠失症候群	197
遺伝性自己炎症疾患	325
遺伝性ジストニア	120
遺伝性周期性四肢麻痺	115
遺伝性薛炎	298
遺伝性鉄芽球性貧血	286
う ウィーバー症候群	175
ウィリアムズ症候群	179
ウィルソン病	171
ウエスト症候群	145
ウェルナー症候群	191
ウォルフラム症候群	233
ウルリッヒ病	29
え HTLV-1関連脊髄症	26
ATR-X症候群	180
エーラス・ダンロス症候群	168
エプスタイン症候群	287
エプスタイン病	217
エマヌエル症候群	204
遠位型ミオパチー	30
お 黄色靭帯骨化症	68
黄斑ジストロフィー	301
大田原症候群	146
オクシピタル・ホーン症候群	170
オスラー病	227

疾病名	告示番号
か カーニー複合	232
海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	141
潰瘍性大腸炎	97
下垂体性ADH分泌異常症	72
下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	76
下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	77
下垂体性TSH分泌亢進症	73
下垂体性PRL分泌亢進症	74
下垂体前葉機能低下症	78
家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	79
家族性地中海熱	266
家族性良性慢性天疱瘡	161
カナバン病	307
化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	269
歌舞伎症候群	187
ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症	258
カルニチン回路異常症	316
肝型糖原病	257
間質性膀胱炎(ハンナ型)	226
環状20番染色体症候群	150
完全大血管転位症	209
眼皮膚白皮症	164
き 偽性副甲状腺機能低下症	236
ギャロウェイ・モフト症候群	219
球脊髄性筋萎縮症	1
急速進行性糸球体腎炎	220
強直性脊椎炎	271
巨細胞性動脈炎	41
巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)	279
巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)	280
巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	100
巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)	278
筋萎縮性側索硬化症	2
筋型糖原病	256
筋ジストロフィー	113
く クッシング病	75
クリオピリン関連周期熱症候群	106
クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群	281
クルーゾン症候群	181
グルコーストランスポーター1欠損症	248
グルタル酸血症1型	249
グルタル酸血症2型	250
クロー・深瀬症候群	16
クローン病	96
クロンカイト・カナダ症候群	289
け 痙攣重積型(二相性)急性脳症	129
結節性硬化症	158
結節性多発動脈炎	42
血栓性血小板減少性紫斑病	64
限局性皮質異形成	137
原発性高カイトミクロン血症	262
原発性硬化性胆管炎	94
原発性抗リン脂質抗体症候群	48
原発性側索硬化症	4
原発性胆汁性胆管炎	93
原発性免疫不全症候群	65
顕微鏡的多発血管炎	43
こ 高IgD症候群	267

難病医療費助成制度の対象となる疾病一覧 2/3

	告示番号	
こ	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	45
	好酸球性副鼻腔炎	306
	抗糸球体基底膜腎炎	221
	後縦靭帯骨化症	69
	甲状腺ホルモン不応症	80
	拘束型心筋症	59
	高チロシン血症1型	241
	高チロシン血症2型	242
	高チロシン血症3型	243
	後天性赤芽球癆	283
	広範脊柱管狭窄症	70
	コケイン症候群	192
	コステロ症候群	104
	骨形成不全症	274
	5p欠失症候群	199
	コフィン・シリス症候群	185
	コフィン・ローリー 症候群	176
	混合性結合組織病	52
さ	鰓耳腎症候群	190
	再生不良性貧血	60
	再発性多発軟骨炎	55
	左心低形成症候群	211
	サルコイドーシス	84
	三尖弁閉鎖症	212
	三頭酵素欠損症	317
し	CFC症候群	103
	シェーグレン症候群	53
	色素性乾皮症	159
	自己食空胞性ミオパチー	32
	自己免疫性肝炎	95
	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	288
	自己免疫性溶血性貧血	61
	システロール血症	260
	シトリン欠損症	318
	紫斑病性腎炎	224
	脂肪萎縮症	265
	若年性特発性関節炎	107
	若年発症型両側性感音難聴	304
	シャルコー・マリー・トゥース病	10
	重症筋無力症	11
	修正大血管転位症	208
	ジュベール症候群関連疾患	177
	シュワルツ・ヤンベル症候群	33
	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	154
	神経細胞移動異常症	138
	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	125
	神経線維腫症	34
	神経フェリチン症	121
	神経有棘赤血球症	9
	進行性核上性麻痺	5
	進行性骨化性線維異形成症	272
	進行性多巣性白質脳症	25
	進行性白質脳症	308
	進行性ミオクローヌステんかん	309
	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	214
	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	213
す	スタージ・ウェーバー症候群	157
	スティーヴンス・ジョンソン症候群	38
	スミス・マギニス症候群	202

	告示番号	
せ	脆弱X症候群	206
	脆弱X症候群関連疾患	205
	成人スチル病	54
	脊髄空洞症	117
	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	18
	脊髄髄膜瘤	118
	脊髄性筋萎縮症	3
	セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症	319
	前眼部形成異常	328
	全身性アミロイドーシス	28
	全身性エリテマトーデス	49
	全身性強皮症	51
	先天異常症候群	310
	先天性横隔膜ヘルニア	294
	先天性核上性球麻痺	132
	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症	330
	先天性魚鱗癬	160
	先天性筋無力症候群	12
	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症	320
	先天性三尖弁狭窄症	311
	先天性腎性尿崩症	225
	先天性赤血球形成異常性貧血	282
	先天性僧帽弁狭窄症	312
	先天性大脳白質形成不全症	139
	先天性肺静脈狭窄症	313
	先天性副腎低形成症	82
	先天性副腎皮質酵素欠損症	81
	先天性ミオパチー	111
	先天性無痛無汗症	130
	先天性葉酸吸収不全	253
	前頭側頭葉変性症	127
そ	早期ミオクローニー脳症	147
	総動脈幹遺残症	207
	総排泄腔遺残	293
	総排泄腔外反症	292
	ソス症候群	194
た	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	200
	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	284
	大脳皮質基底核変性症	7
	大理石骨病	326
	高安動脈炎	40
	多系統萎縮症	17
	タナトフォリック骨異形成症	275
	多発血管炎性肉芽腫症	44
	多発性硬化症/視神経脊髄炎	13
	多発性嚢胞腎	67
	多脾症候群	188
	タンジール病	261
	単心室症	210
	弾性線維性仮性黄色腫	166
	胆道閉鎖症	296
ち	遅発性内リンパ水腫	305
	チャージ症候群	105
	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	134
	中毒性表皮壊死症	39
	腸管神経節細胞減少症	101
て	TNF受容体関連周期性症候群	108

難病医療費助成制度の対象となる疾病一覧 3/3

		告示番号			告示番号	
て	低ホスファターゼ症	172	ふ	副腎白質ジストロフィー	20	
	天疱瘡	35		副腎皮質刺激ホルモン不応症	237	
と	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	123	ブラウ症候群	110		
	特発性拡張型心筋症	57	ブラダー・ウィリ症候群	193		
	特発性間質性肺炎	85	プリオン病	23		
	特発性基底核石灰化症	27	プロピオン酸血症	245		
	特発性血小板減少性紫斑病	63	へ	閉塞性細気管支炎	228	
	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)	327		β-ケトチオラーゼ欠損症	322	
	特発性後天性全身性無汗症	163		ペーチェット病	56	
	特発性大腿骨頭壊死症	71		ベスレムミオパチー	31	
	特発性多中心性キャッスルマン病	331		ペリー症候群	126	
	特発性門脈圧亢進症	92		ペルオキシソーム病 (副腎白質ジストロフィーを除く。)	234	
		ドラベ症候群	140	片側巨脳症	136	
	な	中條・西村症候群	268	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	149	
那須・ハコラ病		174	ほ	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	323	
軟骨無形成症		276		発作性夜間ヘモグロビン尿症	62	
難治頻回部分発作重積型急性脳炎		153	ボルフィリン症	254		
に	22q11.2欠失症候群	203	ま	マリネスコ・シェーグレン症候群	112	
	乳幼児肝巨大血管腫	295		マルファン症候群	167	
	尿素サイクル異常症	251		慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー	14	
ぬ	ヌーナン症候群	195		慢性血栓性肺高血圧症	88	
	ね	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群) /LMX1B関連腎症	315	慢性再発性多発性骨髄炎	270	
慢性特発性偽性腸閉塞症			99			
の	脳髄黄色腫症	263	み	ミオクロニー欠神てんかん	142	
	脳表ヘモジデリン沈着症	122		ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	143	
	膿疱性乾癬(汎発型)	37		ミトコンドリア病	21	
	嚢胞性線維症	299	む	無虹彩症	329	
	は	パーキンソン病		6	無脾症候群	189
パージャー病		47		無βリポタンパク血症	264	
肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症		87		め	メーブルシロップ尿症	244
肺動脈性肺高血圧症		86	メチルグルタコン酸尿症		324	
肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)		229	メチルマロン酸血症		246	
肺胞低換気症候群		230	メビウス症候群	133		
バッド・キアリ症候群	91	メンケス病	169			
ハンチントン病	8	も	網膜色素変性症	90		
ひ	PCDH19関連症候群		152	もやもや病	22	
	非ケトーシス型高グリシニン血症		321	モワット・ウィルソン症候群	178	
	肥厚性皮膚骨膜炎	165	や	ヤング・シンプソン症候群	196	
	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	114		遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	148	
	皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	124	よ	4p欠失症候群	198	
	肥大型心筋症	58		ら	ライソゾーム病	19
	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	239	ラスムッセン脳炎	151		
	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	238	ランドウ・クレフナー症候群	155		
	左肺動脈右肺動脈起始症	314	り	リジン尿性蛋白不耐症	252	
	ピッカースタッフ脳幹脳炎	128		両大血管右室起始症	216	
	非典型溶血性尿毒症症候群	109		リンパ管腫症/ゴーハム病	277	
	非特異性多発性小腸潰瘍症	290		リンパ管筋腫症	89	
	皮膚筋炎/多発性筋炎	50	る	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)	162	
	表皮水疱症	36		ルビンシュタイン・テイビ症候群	102	
	ヒルシュスブルング病(全結腸型又は小腸型)	291	れ	レーベル遺伝性視神経症	302	
	ふ	VATER症候群		173	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症	259
		ファイファー症候群		183	レット症候群	156
ファロー四徴症		215		レノックス・ガストー症候群	144	
ファンconi貧血		285		ろ	ロスムンド・トムソン症候群	186
封入体筋炎		15			肋骨異常を伴う先天性側弯症	273
フェニルケトン尿症		240				
複合カルボキシラーゼ欠損症		255				
副甲状腺機能低下症		235				