

小児慢性特定疾病医療費助成 新規申請手続きについて

小児慢性特定疾病医療費助成制度

子どもの慢性疾病のうち、治療期間が長く医療費負担が高額となる特定の疾病について、医療費の自己負担分を補助します。

医療費の自己負担を2割としたうえで、所得に応じて自己負担額の上限が設定されます。

また、入院時の食事療養費を1/2で精算することができます。

申請手続き

- 新規申請の対象は医療費助成の支給開始日時点で **18歳未満**の児童に限ります。なお、18歳到達後も引き続き助成を希望する場合は、20歳到達の前日まで更新により受給可能です。
- 申請者(保護者=患児の加入する医療保険の被保険者等)の住所を管轄する保健所で申請します。
- 本制度は、次の①及び②のうちの遅い日付まで医療費助成の支給開始日を遡ることができます。
 - ① **指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日**
 - ② **当該支給認定の申請のあった日から原則1か月前の日**
- ※ 医療意見書の受領に時間を要した場合など、やむを得ない理由があると認められるときは、最長3か月前の日まで支給開始日を遡りができますことがあります。
- ※ 助成期間は、1月から3月までの間に申請した場合には翌年の3月31日まで、それ以外の期間の申請の場合には、直近の3月31日までです。
- 有効期間満了後も引き続き助成を希望する場合には、年に一度、12月から翌年3月末までに更新の申請手続きをする必要があります。
- 医療費助成は、都道府県知事から指定を受けた医療機関でのみ適用されます。

申請に必要な書類

<全員に必要な書類> ※④⑤⑥⑦の書類については、2ページ目の詳細もご確認ください。

- ① **小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書**…「申請者」は保護者です。
- ② **医療意見書**…疾病により様式が異なります。指定医である医師に作成していただきます。
- ③ **世帯全員が記載された住民票…続柄**が記載され、発行から3か月以内のもの。

※マイナンバー記載有りの場合、「⑥個人番号確認書類」と兼ねることができます。

- ④ **世帯調書**
- ⑤ **公的医療保険(健康保険)の加入状況が確認できる書類**
(保険証・資格確認証等)
- ⑥ **個人番号(マイナンバー)確認書類**
- ⑦ **所得(市町民税の課税額)を証明する書類**

2ページ目
「④⑤⑥⑦の書類について」を
ご確認ください

- ⑧ **同意書**…医療保険の所得区分を保険者に照会することについて同意するものと、医療意見書を治療の研究等に利用することについて同意するものの2種類。

<該当する場合のみ必要な書類>

- ⑨ **市町村民税非課税世帯の方**：3ページ目をご確認ください。
- ⑩ **重症申告書および身体障害者手帳・療育手帳の写し**(重症患者認定基準に該当し、申告する方)
- ⑪ **人工呼吸器等装着者証明書** ※医師記入 (人工呼吸器等の生命維持装置を常時装着している方)
- ⑫ 患者と同じ医療保険に加入する世帯員で、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、その**受給者証の写し**(世帯按分特例)
- ⑬ 県外の医療機関・薬局を申請する場合は、その医療機関名・住所が確認できる書類(診察券等)

④⑤⑥⑦の書類について

「④世帯調書」に記入が必要な方、「⑤公的医療保険の加入状況の確認書類（保険証等）」・「⑥個人番号確認書類（マイナンバーカード等）」・「⑦市町村民税の課税状況確認書類」の提出が必要な方について、患者の医療保険の種別によって異なります。下表に該当する全員分をお願いします。
※非課税世帯の方は、4ページ「市町村民税非課税世帯の方」もご確認ください。

国民健康保険 (国保組合含む)	申請者（保護者）と患者および、患者と同じ国保に加入している方全員分 ※「⑦市町村民税課税状況確認書類」について、国保組合(愛知建連国民健康保険組合等)の場合は中学生以下の方も提出必須です。市町村国保の場合、中学生以下は省略可能です。
被用者保険 (共済等含む)	被保険者と患者のみ ※被保険者と申請者(保護者)が異なる場合、被保険者は④⑤⑥⑦が必要で、申請者は⑥のみ確認が必要です。 ※被扶養者に「⑩世帯按分」に該当する方がいる場合、特例申請にはその方の④⑥および受給者証の写しが必要です。

④ 世帯調書

上表に該当する方全員を記入してください。国民健康保険（国保組合含む）の場合は世帯全員、被用者保険（共済等含む）の場合は被保険者の、**個人番号(マイナンバー)を正確に記入してください。**

⑤ 公的医療保険（健康保険）の加入状況が確認できる書類（保険証・資格確認書等）

上表に該当する方全員分を提出してください。12月1日時点で発行されている「**現行の健康保険証**」または「公的医療保険の加入状況が確認できる書類（**「資格情報のお知らせ」**もしくは**「資格確認書」**）」をご用意ください。

⑥ 個人番号の確認に必要な書類

- 記載していただいた個人番号(マイナンバー)を確認しますので、次のいずれかの書類をお持ちください。（写しでも可）

③「世帯全員の住民票の写し」(続柄あり、3か月以内のもの)と兼ねることができます。

 - ア. 個人番号(マイナンバー)の記載が必要な方全員の個人番号が記載された住民票の写し
 - イ. 個人番号(マイナンバー)の記載が必要な方の個人番号カード
 - ウ. 個人番号(マイナンバー)の記載が必要な方の通知カード（住民票と記載事項が一致する場合に限る）
- 申請に来られた方の身元を確認しますので、次のいずれかの書類をお持ちください。
個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書等。または、公的医療保険の被保険者証(資格確認書)、児童扶養手当証書、特別児童手当証書から2つ以上。
- 申請時に個人番号を確認する書類及び身元を確認する書類を持参できない場合、後日郵送で各確認書類の写しを郵送してください。受理した各確認書類の写しは、確認後、廃棄いたします。

⑦ 令和6年度市町村民税の課税状況が確認できる書類

表に該当する方全員について、次のいずれかの書類を提出してください。

- ア. 令和6年度市町村民税（非）課税証明書（原本）
- イ. 令和6年度給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書（原本）

（給与所得の方は5月頃勤務先より配布、年金所得者の方は6月頃自治体より郵送されています。
源泉徴収票ではありません。2カ所以上から配布されている場合には全て提出してください。）

- ウ. 令和6年度市町村民税の税額決定・納税通知書（原本）

※源泉徴収票・所得税の確定申告書では受付できませんのでご注意ください。

※1月1日時点において指定都市（名古屋市等）に住所を有していた方については、上記アの「市町村民税（非）課税証明書」の提出が必要です。

※生活保護受給者の場合は、生計を一にする全員が記載された生活保護受給証明書を提出してください。市町村民税額証明は不要です。

※血友病等の方は「同意書②」の提出により、所得を証明する書類は必要ありません。

役所で取得できます。
 課税者:「令和〇年度 所得・課税証明書」
 非課税:「令和〇年度非課税証明書・収入金額記載有り」

市町村民税非課税世帯の方へ

非課税世帯に該当する場合、申請者（保護者）の収入金額により、自己負担限度額を決定します。
下記ア、イの書類の提出が必要です。

ア. 地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入額を証明する書類（※１）

（※１）「⑦所得を確認する書類」のこと。「**令和〇年度非課税証明書 収入金額記載有り**」を推奨

イ. 以下の給付を受けている場合、金額を証明する書類（※２）

- ・ 障害年金、遺族年金、寡婦年金 ・ 労災障害補償給付 ・ 特別児童扶養手当
- ・ 障害児福祉手当 ・ 特別障害者手当
- ・ 国民年金法等の一部を改正する法律附則第９７条第１項の規定による福祉手当

（※２）ア、イの合計が８０万円を超えることが明らかな場合、その旨申告していただければ、
イの書類の提出は省略可能です。（アは必須書類です。）

参考

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割		
			自己負担上限月額 (外来＋入院＋薬代＋訪看等)		
			一般	重症 (※1)	人工呼吸器等 装着者 (※2)
生活保護 (A)	①生活保護受給者 ②血友病患者 ③中国残留邦人対象世帯 ④境界層減免対象世帯		0		
低所得Ⅰ (B1)	市町村民税 非課税世帯	申請者の年収 ～80万円	1,250		500
低所得Ⅱ (B2)		申請者の年収 80万円超え	2,500		
一般所得Ⅰ (C1)	市町村民税課税以上 所得割 7.1万円未満		5,000	2,500	
一般所得Ⅱ (C2)	市町村民税（所得割） 7.1万円以上 25.1万円未満		10,000	5,000	
上位所得 (D)	市町村民税（所得割） 25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食事療養費			1／2自己負担		

※１ 「重症」とは、次の①又は②に該当する方です。

- ① **高額治療継続者**：医療費総額が５万円／月を超える月が年間６回以上ある場合。
- ② **重症患者認定基準**：⑪重症申告書の基準１または２に該当する場合。

※２ 「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を常時使用している方が対象です。

保健所受付時間と連絡先

月曜日から金曜日 午前８時４５分から午後５時３０分まで（昼休み：正午から午後１時まで）

〒475-0903 半田市出口町 1-45-4 愛知県半田保健所総務企画課 総務・企画G 電話 0569-21-3341	〒470-2409 知多郡美浜町大字河和字上前田 403 愛知県半田保健所美浜駐在 美浜保健G 電話 0569-82-0078
--	---

○小児慢性 新規 申請書 記入例

※グレー部分は保健所記入欄です。その他はすべてご記入をお願いします。

様式第1号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)

患者の加入医療保険により記入してください。
被用者保険：被保険者 その他：同居の保護者

愛知県 半田 保健所長殿

申請者 半田 △△

※1
令和 年 月 日

保健所に提出した日付

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

※受給者番号			
フリガナ	ハンダ ○○	生年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日
氏名	半田 ○○	年齢	XX 歳
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	令和	090-XXXX-XXXX
フリガナ		電話	日中繋がりやすい番号で
住所	〒 475-0903 半田市出口町1丁目45番地の4	誰の連絡先か	続柄(母)
加入医療保険	被保険者氏名 半田 △△	受給者との続柄	父
	記号・番号 1234 5678	保険者番号	12345678
	保険者名 ◇◇◇健康保険組合	保険種別	1協会 2組合 3日雇 4共済 5国保 6その他()
	所在地 名古屋市中区三の丸3丁目1番地の2		
申請者※2	フリガナ	氏名	父
	個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6	受給者との関係
	フリガナ		電話番号
	住所		☑上記と同じ
該当する所得区分	生活保護(A)・低所得Ⅰ(BⅠ)・低所得Ⅱ(BⅡ)・一般所得Ⅰ(CⅠ)・一般所得Ⅱ(CⅡ)・上位所得(D)		
自己負担上限額の特例	☐ 人工呼吸器等装着 ☐		
(該当するものに☑)	☐ 世帯内按分特例 ☐		
今回申請する受給者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者(今回申請する受給者が指定難病対象者(申請中)の場合を含む。)	有 無		
氏名()	受給者番号()		
疾病名	医療意見書の「病名」欄を書き写してください		
その他疾病名	2疾病同時申請する場合記入してください		
身体障害者手帳等の有無	有(障害等級 X 級、手帳番号 XXXXXX) 無		
受診を希望する(指定)医療機関	医療機関名 所在地		
(薬局、訪問看護事業者等を含む)	★★クリニック 半田市△△町△△番地の△		
	★★薬局 ★★店		
	当該疾病で受診する医療機関・薬局を記入してください。記入していただいた医療機関は、受給者証に記載されます。※ なお、受給者証に記載がない医療機関で受診した場合も、指定医療機関であれば、医療費助成の対象です。		
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日※3.4	令和 年 月 日		
	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他		
(添付書類)	1 医療意見書 2 医療保険の資格情報確認できる資料 3 世帯の所得を証明する書類 4 世帯全員の住民票 5 世帯調書 6 高額療養費区分照会同意書 7 世帯内按分該当者の医療証 8 人工呼吸器等装着者であることを証明する書類 9 高額かつ長期を証明する書類		

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
※2 受給者本人と異なる場合に記入。なお、受給者本人の場合は本人と記載する。
※3 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡って申請することが可能。
そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
※4 更新の場合は、原則記入不要。