**小児慢性特定疾病医療費助成　申請手続について**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R7.7.1～R8.6.30

　１　制度の概要

この制度は、国が定めた対象疾病の治療を受けている18歳未満のかたに、その治療にかかった医療費(保険適用分)の一部を公費によって助成するとともに、治療方法等の情報を今後の治療研究にいかす役割もあります。医療費は、世帯の所得に応じて自己負担上限額が決定されます。

２　申請に必要なもの（詳細は次ページへ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　全 員 共 通　 |  | 1 | 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書・世帯調書 |
|  | 2 | 医療意見書又はアクセスキー（３か月以内のもの） |
|  | 3 | 健康保険証又は資格確認書又は資格情報のお知らせ又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの |
|  | 4 | 同意書 |
|  | 5 | 医療意見書の研究等への利用についての同意書 |
|  | 6 | 申請書に記載した申請者と受診者の個人番号が確認できる書類 |
|  | 7 | 来所されるかたの運転免許証などの身元確認書類 |
|  | 8 | 療養調査票（窓口申請時に記入） |
|  | 9 | 認印（申請者以外が来所される場合） |
| 該当するかたのみ |  | 10 | 重症患者認定申告書 |
|  | 11 | 同一世帯内のかたの特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療受給者証の写し |
|  | 12 | 人工呼吸器等装着者証明書 |
|  | 13 | 前住所地の課税証明書（R7.1.1時点で岡崎市に住民票のないかた）申請書裏面で課税状況等確認の同意をいただくことで省略できる場合があります。 |
|  | 14 | 申請者の収入を証明する書類（市町村民税非課税で年収80万９千円以下のかた） |

**注意事項**

|  |
| --- |
| **★複数の疾病をお持ちのかたへ**・医療意見書は該当する疾病分必要ですが、その他申請に関わる書類は1部提出してください。・管理上、主たる疾病を決めていただく必要がありますので、以下を参考にしてください。1. 重症患者認定基準に該当すると思われる疾病や人工呼吸器等装着に至った疾病
2. 受診者本人の病状に、より大きく影響を与える疾病
3. 発症がより早い時期の疾病

　　　の順に考慮します。 |

３　申請後の取扱いについて

　　　「小児慢性特定疾病審査会」にて審査し、承認されたかたには翌月末に医療受給者証を交付予定です。審査保留・不承認のかたには、その旨を通知します。

◆申請に関するお問合せ

　　岡崎市保健部健康増進課成人・難病支援係　TEL２３－６０６９　FAX２３－５０７１

|  |
| --- |
| **★ 全員共通で必要なもの** |

|  |
| --- |
| １　小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書・世帯調書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　様式第1号に必要事項を記入の上、提出してください。

|  |
| --- |
| ２　医療意見書又はアクセスキー |

・医療機関にて、主治医（小児慢性特定疾病指定医※１）に作成してもらってください。

　　（※１：児童福祉法１９条の３第１項の規定により申請に添付する診断書は都道府県知事等が指定した指定医が作成することになりました。）

・医療意見書には医事課（事務）の確認印を、右下枠外にもらってください。

|  |
| --- |
| ３　「健康保険証」又は「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」又は　　　　　マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもの　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

受診者が加入している保険種別によって、提出いただく確認書類が異なります。（P4参照）

|  |  |
| --- | --- |
| 保険種別 | **提出確認書類** |
| **国民健康保険**（退職国保、国民健康保険組合含む） | **受診者と同じ国保に加入しているかた全員のもの** |
| **被用者保険**(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、船員保険　等) | 受診者が**被保険者**本人の場合 | **受診者本人のもの** |
| 受診者が**被扶養者**の場合 | **受診者本人のもの** |

|  |
| --- |
| ４　同意書 |

高額療養費区分確認のため、岡崎市が保険者に照会し、保険者が岡崎市へ情報提供することの同意書です。

|  |
| --- |
| ５　医療意見書の研究等への利用についての同意書 |

医療意見書の内容について、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のため、データベースに登録することの同意書です。同意の有無が支給認定の可否に影響を及ぼすことはありません。

|  |
| --- |
| ６　申請書に記載した申請者と受診者の個人番号が確認できる書類 |

　　マイナンバーカード又は個人番号が記載されている住民票の写し

|  |
| --- |
| 　７　来所されるかたの運転免許証などの身元確認書類 |

運転免許証、旅券（パスポート）、住民基本台帳カード、在留カードなどの公的機関が発行した

**顔写真つき書類を1点**

又は

健康保険証、国民年金手帳、児童扶養手当証書、医療受給者証などの公的機関が発行した書類を2点以上

|  |
| --- |
| 　８　療養調査票 |

慢性疾患により長期療養を要する児童等の、療養生活における指導のための基礎資料となりますので、調査に御協力ください。

|  |
| --- |
| 　９　認印（申請者以外が来所される場合） |

認印（シャチハタ等のスタンプ式は不可。）

|  |
| --- |
| **★ 該当するかたのみ必要なもの** |

|  |
| --- |
| 10　重症患者認定申告書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

主治医と御相談の上、重症患者認定基準に該当する場合は申請してください。

|  |
| --- |
| 11　同一世帯内に他に特定疾病医療費又は小児慢性特定疾病医療費の受給者がいることを証明する書類　　　（自己負担上限額が按分されます）　 |

同一世帯内（医療保険が異なる場合は除く）に受診者本人以外で「特定疾病医療費」又は「小児慢性特定疾病医療費」の受給者がいる場合は、そのかたの「特定医療費（指定難病）受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」の写し（コピー）を提出してください。

|  |
| --- |
| 12　人工呼吸器等装着者証明書（自己負担上限額が軽減されます）　 |

　　 主治医（小児慢性特定疾病指定医）に証明をもらい、提出してください。

|  |
| --- |
| 13　令和７年１月１日時点で岡崎市に住民票のないかたのみ提出する　　　　　　　「前住所地の市町村民税課税証明書」　　　　　　　　　　　　　　　 |

前の住所地の令和７年度（令和６年分）「**市町村民税課税証明書」**を提出してください。

　　　国民健康保険加入者は全員分、被用者保険加入者は被保険者の証明書が必要です。

　　　申請書裏面で課税状況等確認の同意をいただくことで省略できる場合があります。

|  |
| --- |
| 14　市町村民税非課税で申請者の年収が80万９千円以下のかたのみ提出する「収入を証明する書類」 |

階層区分を「低所得Ⅰ」（P4参照）で認定を受ける場合には申請者の年収を確認する書類が必要です。申請の際に、次の書類のうち該当するもの全ての金額を証明する書類を提出してください。

●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

（非課税証明書で合計所得金額及び公的年金等の収入額が確認できる場合は不要です。できない場合は

所得証明書を用意してください。）

●以下の給付による収入を証明する書類

・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

**自己負担上限額（月額）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 階層区分 | 階層区分の基準 | 患者負担割合：２割 |
| 原則　※1　自己負担上限額（外来+入院+薬代+訪看等） |
| 一般 | 重症　※２ |
|  | 人工呼吸器等装着者※３ |
| 生活保護 | － | 0円 | 0円 | 0円 |
| 低所得Ⅰ | 市町村民税非課税（世帯） | 支給認定保護者の年収～80万９千円 | 1,250円 | 1,250円 | 500円 |
| 低所得Ⅱ | 支給認定保護者の年収80万９千円超～ | 2,500円 | 2,500円 |
| 一般所得Ⅰ | 市町村民税所得割7.1万円未満 | 5,000円 | 2,500円 |
| 一般所得Ⅱ | 市町村民税所得割7.1～25.1万円未満 | 10,000円 | 5,000円 |
| 上位所得 | 市町村民税所得割25.1万円以上 | 15,000円 | 10,000円 |
| 入院時の食事療養費 | 1/2自己負担　（生活保護0円） |

※１　血友病の方：血友病患者の医療費及び入院時の食事療養費にかかる自己負担額は０円とする。

※２　重症：①高額な医療が長期的に継続する者（医療費総額が５万円／月（例えば医療保険の２割負担の場合、医療費の自己負担が

１万円／月）を超える月 が年間６回以上ある場合）、②重症患者基準に適合する者、のいずれかに該当。

 ※３　人工呼吸器装着者：人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を連日おおよそ24時間継続して使用している方が対象。

**自己負担上限額算定のための「世帯」**→受診者と同じ医療保険に加入する方で構成する世帯

（例１）被用者保険に加入の場合（会社の健康保険など）

住民票上の世帯

母（被保険者）

【国民健康保険加入】

父（被保険者本人）

＋

子[受診者本人]（被扶養者）

医療保険上の「世帯」

祖父（被保険者）

【後期高齢者医療制度】

医療保険上の「世帯」

医療保険上の「世帯」

　父の市町村民税所得割額に基づき、自己負担上限額を算定します。

（例２）国民健康保険や国民健康保険組合に加入の場合（自営業、建設国保、医師国保など）

住民票上の世帯

父（被保険者）

＋

母（被保険者）

＋

子[受診者本人]（被保険者）

【国民健康保険加入】

兄（被保険者）

【被用者保険加入】

医療保険上の「世帯」

医療保険上の「世帯」

　　父と母と子の市町村民税所得割額を合算した額に基づき自己負担上限額を算定します。