

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請手続（更新）の提出書類について

（１）全員提出が必要となる書類

No.	提出書類	留意事項
①	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>受診者が18歳未満の場合</u>、申請者は原則、受診者が加入する医療保険の被保険者となっている保護者になりますが、受診者が加入する医療保険が国民健康保険や国民健康保険組合の場合は、同一の医療保険に加入する保護者のうち現に受診者を扶養している方を申請者としてください。 ・ <u>受診者が18歳以上の場合</u>、申請者は原則、受診者本人になります。 ・ 裏面もご記入ください。 ・ 複数の疾病で申請される場合は、1枚の申請書に申請する疾病名全てを記入してください。 ・ <u>窓口に来られる方が、申請者と異なる場合は、委任状（法定代理人の場合は、戸籍謄本など）が必要になります。詳細はNo.⑭、⑮、⑯をご確認ください。</u>
②	申請者の本人確認ができる書類（個人番号確認） ※確認後、お返しします。	<p>以下のいずれか1つが必要です。</p> <p>個人番号カード、通知カード（氏名、住所等の記載事項に変更がない場合）、個人番号が記載された住民票</p> <p>※個人番号通知書は番号確認書類としては利用できません。</p>
③	申請者の本人確認ができる書類（身元確認） ※確認後、お返しします。	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>1点だけでよいもの（写真付きのもの）</u> 個人番号カード、運転免許証、旅券（パスポート）、在留カード、写真付き社員証 など ・ <u>2点での確認が必要なもの（氏名と、住所又は生年月日が記載されているもの）</u> 医療保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、税金・社会保険料・公共料金の領収書、特別徴収税額通知書、源泉徴収票 など <p>※委任状等により、受任者（代理人）がご提出いただく場合は不要です。</p>
④	受診者の個人番号が確認できる書類 ※確認後、お返しします。	No.②と同じ
⑤	医療意見書 （＋療育支援連絡票） ※対象疾病ごとに様式が決まっています。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「小児慢性特定疾病指定医」が記載したものの。様式は「小児慢性特定疾病情報センターホームページ（http://www.shouman.jp/）」からダウンロードできます。 ・ 指定医が必要により<u>療育支援連絡票（※1）</u>を医療意見書とともに作成した場合、意見書の文書料が保険適用となる場合があります。 ・ 複数の対象疾病にり患している場合、基本的に対象疾病ごとに医療意見書が必要になります。たとえば、対象疾病である原疾病Aによって発現している対象疾病Bや対象疾病Cがある場合は、原疾病

		Aのみの医療意見書を提出していただければ結構です。 ・成長ホルモン治療を要する場合は、成長ホルモン治療用意見書（初回）も提出してください。								
⑥	研究等への利用についての同意書									
⑦	同意書（医療保険者照会用）									
⑧	世帯員の医療保険証の写し	<p>・受診者が加入する医療保険の種別により、当該書類を提出いただく対象者が異なります。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療保険種別</th> <th>当該書類を提出いただく対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険 </td> <td>受診者及び受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分</td> </tr> <tr> <td> <u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合 </td> <td>受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分</td> </tr> <tr> <td> <u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合 </td> <td>受診者及び被保険者分</td> </tr> </tbody> </table>	医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者	<u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険	受診者及び受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分	<u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分	<u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合	受診者及び被保険者分
医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者									
<u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険	受診者及び受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分									
<u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分									
<u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合	受診者及び被保険者分									
⑨	<p>世帯員の個人番号が確認できる書類 ※確認後、お返しします。</p>	<p>・以下のいずれか1つが必要です。 個人番号カード、通知カード（氏名、住所等の記載事項に変更がない場合）、個人番号が記載された住民票 ※個人番号通知書は番号確認書類としては利用できません。 なお、受診者が加入する医療保険の種別により、当該書類を提出いただく対象者が異なりますのでご注意ください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療保険種別</th> <th>当該書類を提出いただく対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険 </td> <td>受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分</td> </tr> <tr> <td> <u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合 </td> <td>受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分</td> </tr> <tr> <td> <u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合 </td> <td>被保険者分（原則、申請者と同一の方となりますが、申請者と別の方が被保険者となる場合、その被保険者の方の分が必要になります。）</td> </tr> </tbody> </table>	医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者	<u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険	受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分	<u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分	<u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合	被保険者分（原則、申請者と同一の方となりますが、申請者と別の方が被保険者となる場合、その被保険者の方の分が必要になります。）
医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者									
<u>国民健康保険</u> 例) 〇〇市（町村）国民健康保険	受診者と同じ国民健康保険に加入されている方全員分									
<u>国民健康保険組合</u> 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分									
<u>被用者保険（社会保険）</u> 例) 全国健康保険協会〇〇支部 例) 〇〇健康保険組合 例) 〇〇共済組合	被保険者分（原則、申請者と同一の方となりますが、申請者と別の方が被保険者となる場合、その被保険者の方の分が必要になります。）									

※1 療育支援連絡票

指定医が小児慢性特定疾病児童等に必要な療育支援の内容を連絡票に記載し、対象児童の保護者を經由して医療意見書とともに保健所に提出することで、意見書の文書料を保険適用とすることができます。（通常、意見書には文書料がかかります。）

なお、療育支援連絡票の様式は長野市ホームページに掲載しています。

(<https://www.city.nagano.nagano.jp/site/kosodate/101976.html>)

(2) 該当する方のみ必要となる書類 【(1)の書類に追加して提出いただくもの】

No.	提出書類	留意事項
⑩	【重症患者認定】 重症患者認定申告書	<ul style="list-style-type: none"> ・認定基準をご確認いただき、対象となる可能性がある場合は、提出してください。意見書の「現状評価」欄でも確認ができます。 ・認定されると月額自己負担上限額が軽減される場合があります。 ・<u>受診者が身体障害者手帳1級又は2級をお持ちの場合、そのコピーを添付してください。</u>
⑪	【高額かつ長期】 ・重症患者認定申告書 ・自己負担上限額管理票の写し ・領収書の写し（1か月で医療費総額が5万円を超えたことが確認できるもの）	<ul style="list-style-type: none"> ・小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている期間において、月ごとの小児慢性特定疾病にかかる医療費総額5万円を超える月が、当該申請を行う日が属する月以前の12か月以内に6か月以上ある方となります。 ・対象となると月額自己負担上限額が軽減されますが、<u>重症患者認定、人工呼吸器等装着者又は小児慢性特定疾病医療受給者証右下に記載している階層区分「Ⅰ～Ⅲ」に該当する方の月額自己負担上限額は変わりませんので、提出不要です。</u>
⑫	【人工呼吸器等装着】 人工呼吸器等装着者証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・認定基準をご確認いただき、対象になる可能性がある場合は、<u>医療意見書と併せて医療機関に記載を依頼してください。</u> ・認定されると、月額自己負担上限額が軽減されます。
⑬	【世帯内按分特例】 受診者が指定難病を受給している場合、又は受診者と同じ世帯に小児慢性特定疾病、指定難病を受給している方がいる場合に、その受給者証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯とは、受診者及び受診者と同一の医療保険に加入されている方となります。 ・世帯内の受給者で、月額自己負担上限額を按分します。
⑭	委任状①（個人番号委任） ※窓口に来られる方が法定代理人の場合は、戸籍謄本など	窓口に来られる方が、申請者と異なる場合に必要です。
⑮	委任状②（申請行為委任）	受診者が18歳以上の成年患者で、申請手続きをされる方が、受診者本人と異なる場合に必要です。
⑯	受任者（代理人）の身元確認ができる書類 ※上記、委任状等を提出する方のみ必要 ※確認後、お返しします。	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>1点だけでよいもの（写真付きのもの）</u> 個人番号カード、運転免許証、旅券（パスポート）、在留カード、写真付き社員証 など ・<u>2点での確認が必要なもの（氏名と、住所又は生年月日が記載されているもの）</u> 医療保険証、年金手帳、児童扶養手当証書、税金・社会保険料・公共料金の領収書、特別徴収税額通知書、源泉徴収票 など

⑰	市町村民税課税内容証明書 (全部の事項が記載されているもの)	<p>・受診者の加入している医療保険が国民健康保険組合の場合に必要です。4月～6月申請の場合は前年度分、7月～翌年3月申請の場合は当年度分が必要です。</p> <table border="1" data-bbox="600 275 1474 443"> <thead> <tr> <th data-bbox="600 275 979 324">医療保険種別</th> <th data-bbox="979 275 1474 324">当該書類を提出いただく対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="600 324 979 443">国民健康保険組合 例) 全国〇〇業国民健康保険組合</td> <td data-bbox="979 324 1474 443">受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分 ※当年1月1日時点で、中学生以下の方(受診者含む)については、不要です。</td> </tr> </tbody> </table>	医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者	国民健康保険組合 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分 ※当年1月1日時点で、中学生以下の方(受診者含む)については、不要です。
医療保険種別	当該書類を提出いただく対象者					
国民健康保険組合 例) 全国〇〇業国民健康保険組合	受診者及び受診者と同じ国民健康保険組合に加入されている方全員分 ※当年1月1日時点で、中学生以下の方(受診者含む)については、不要です。					
⑱	障害年金等の受給額が確認できる書類	<p>・医療保険における世帯の市町村民税が非課税であり、申請者が障害年金等を受給している場合に必要です。</p> <p>・受給額が確認できる書類 $= (\text{振込通知書又は証書の写し}) + \text{振込先口座の通帳}$ 【対象となる障害年金等】 各種障害年金、各種障害給付、各種遺族年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当 等</p>				
⑲	生活保護受給証明書	<p>・生活保護を受給している場合に必要です。</p> <p>・担当のケースワーカーへ依頼してください。</p>				

※小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書の「自己負担上限額の特例」について

重症患者認定

小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当する方
 ※小児慢性特定疾病重症患者認定申告書の提出が必要です。
 ※医療意見書又は障害者手帳の写しで確認させていただきます。

高額かつ長期

高額な医療が長期的に継続する方(医療費総額5万円を超える月が、当該申請を行う日の属する月以前の12か月以内に6か月以上ある場合)。
 ※小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票や領収書で確認させていただきます。
 ※医療費総額の「医療費」とは、支給認定日以降にかかった小児慢性特定疾病に係る医療費に限ります。

人工呼吸器等装着

今回申請する疾病により常時人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着し、部分又は全介助が必要な方。
 ※人工呼吸器等装着者証明書で確認させていただきます。

世帯内按分特例

受診者が指定難病を受給している場合、又は受診者と同じ世帯で小児慢性特定疾病、指定難病を受給している方がいる場合は、世帯内の受給者で月額自己負担上限額を按分します。
 ※小児慢性特定疾病、指定難病の受給者証の写しで確認させていただきます