



# 「小児慢性特定疾病医療費助成制度」 利用の手引き（申請案内）



## 1. 小児慢性特定疾病医療費助成制度とは

児童福祉法の規定に基づき、厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する制度です。

### 【お知らせ】

●令和5年10月1日から、①新規申請 ②有効期間内に更新申請が出来ず、新規申請扱いになった更新申請 ③疾病追加、の申請の支給開始日について、医療意見書に記載された診断年月日等まで遡ることが可能となりました。ただし、遡り可能期間は、原則申請日から1ヶ月です。（診断年月日から1ヶ月以内に申請を行わなかったことについて、やむを得ない理由がある時は最長3か月とします。）なお、令和5年10月1日より前には遡りできません。

※やむを得ない理由の例：医療意見書の受領に時間を要した・入院その他症状の悪化により申請書の準備や提出に時間を要した・大規模災害に被災し、申請書類の提出に時間を要した 等

## 2. 対象者

豊中市に居住する18歳未満の児童で、国が定める認定基準（疾病の状態の程度）に該当する状態であること。ただし、18歳到達時点で本制度の受給者と認定されている方のうち、18歳到達後も引き続き治療が必要であると認められる場合は、20歳未満の方も対象とします。  
なお、18歳到達後に診断を受けたものは、新規申請することはできません。

## 3. 対象となる特定疾病

16疾患群に属する788疾病が対象となります。各疾病には、一定の対象基準（疾病の状態の程度）が設けられており、この基準を満たさない場合はこの制度は利用できませんので、事前に医師にご相談ください。

※対象疾病及び疾病の状態の程度（認定基準）は、小児慢性特定疾病情報センターのホームページ(<http://www.shouman.jp/>)で確認できます。

|    |                       |    |       |    |         |    |         |
|----|-----------------------|----|-------|----|---------|----|---------|
| 1  | 悪性新生物                 | 2  | 慢性腎疾患 | 3  | 慢性呼吸器疾患 | 4  | 慢性心疾患   |
| 5  | 内分泌疾患                 | 6  | 膠原病   | 7  | 糖尿病     | 8  | 先天性代謝異常 |
| 9  | 血液疾患                  | 10 | 免疫疾患  | 11 | 神経・筋疾患  | 12 | 慢性消化器疾患 |
| 13 | 染色体又は遺伝子に<br>変化を伴う症候群 | 14 | 皮膚疾患  | 15 | 骨系統疾患   | 16 | 脈管系疾患   |

## 4. 医療費助成の対象

認定を受けた小児慢性特定疾病やそれに付随する傷病において、指定医療機関で受けた治療・投薬・訪問看護費用のうち、健康保険適用のものが対象となります。保険適用外の自費検査・治療等や、**認定を受けた疾病に関係のない疾病の治療は対象になりません。**

## 5. 申請の方法

●給付を受けようとする受診者（児童等）の保護者（医療保険の被保険者等）が申請してください。  
受診者が18歳以上の場合は受診者本人名で申請してください。

●申請はできる限り窓口にお越しください。（新規申請は原則窓口にて申請してください。）  
※来所のうえ提出することが困難な場合は郵送も可能です。  
（書類の紛失等を防ぐため、送達記録の残る簡易書留などをご利用ください。）

（※）保護者についての優先順位…本制度における「申請者」とされる保護者は、以下の順位で決められます。  
①児童が加入する健康保険の被保険者 ②児童を現に監護する方（例えば、①に該当する父又は母の一方が  
単身赴任等により別居している場合等） ③収入の高い方  
（※）受診者が18歳以上の場合に、保護者名で申請する場合は、本人からの「委任状」が必要となります。

## 6. 指定医・指定医療機関制度について

●この制度で利用できるのは、都道府県・政令市・中核市が指定する**指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）**での受診のみが対象です。指定を受けていない医療機関ではご利用いただけません。

●指定医・指定医療機関の情報は全国の自治体（都道府県・政令市・中核市）のホームページで確認できます。（指定医→医師の勤務する医療機関の所在地を管轄する自治体、指定医療機関→所在地を管轄する自治体のホームページ内で「小児慢性」「指定医療機関」等で検索してください。豊中市内の指定医・指定医療機関については豊中市ホームページに掲載しています。）

●申請時の必要添付書類である「小児慢性特定疾病医療意見書」は、全国の各自治体から指定された「指定医」のみが作成できます。

## 7. 受給者証の交付

申請書類の審査後、承認された場合は

①受給者証

②小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票（以下「自己負担上限額管理票」）を申請者の住所に送付します。

申請書類や医療意見書に不備等がなく、指定医への照会の必要がない場合で、2カ月程度かかります。

### ※ 受給者証の有効期間と更新の手続きについて

原則として申請日から1年間です。（遡りがある場合は、この限りではありません。）  
継続の方で1年以内に満20歳に達する場合の認定期間は、誕生日の前日までとなります。

**毎年、継続(更新)申請をしていただく必要があります。**有効期間終了後も引き続き治療が必要な場合は、必ず**有効期間の終了前に**継続手続きを行ってください。

特に18歳に到達されている方については、原則有効期間が切れた後の申請はできませんが、18歳に到達する前に医療意見書が作成されている場合は遡り対象となることがありますので、ご相談ください。

## 8. 承認後の医療費の助成(自己負担額について)

●小児慢性特定疾病に関して医療を受ける際に①「受給者証」と②「自己負担上限額管理票」を指定医療機関の窓口で提示してください。

※②については自己負担額0の方は利用の必要はありません。

●決定された自己負担上限額を毎月の限度額とし、医療費の2割を自己負担金として、医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）の窓口でお支払いください。月ごとに月額自己負担上限額に達するまでは負担が生じます。1か月の窓口でのお支払いが自己負担の上限額に達した時点で、同月においては、それ以降の支払いはなくなります。

●各月に支払った自己負担額は、会計時に各指定医療機関が「自己負担上限額管理票」に記入していくことで、管理していただくこととなりますので、医療機関を受診する際は「受給者証」と一緒に窓口で提示してください。また、他の医療費助成の医療証（子ども医療証・障害者医療証・ひとり親家庭医療証）をお持ちの場合は、必ず両方を提示してください。

●自己負担上限額決定方法については、次ページをご覧ください。

## 9. 変更申請について(認定期間中に申請内容に変更があった場合)

以下のいずれかに該当する変更があった場合は、変更申請が必要です。

(1) 受給者ご本人に関すること

●氏名・住所変更 ●加入医療保険（被保険者の変更も含む）の変更

(2) 重症患者認定基準を満たすようになった

(3) 人工呼吸器や体外式補助人工心臓の装着が必要になった

(4) 対象疾病の追加・変更

(5) 「高額な医療が長期的に継続する者の特例（高額かつ長期）」の認定要件を満たすようになった

(6) 受診者と同一の医療保険世帯内で、指定難病や小児慢性特定疾病の医療費助成制度を受ける方の人数が変更になった

※変更手続きの詳細については、申請窓口までお問合せください。

## 10. 承認後に豊中市外へ転出する場合

豊中市から転出後は、有効期間内であっても豊中市の受給者証をお使いいただくことはできません。転入される自治体の担当課へ必要書類を確認し、転入手続きを速やかに行ってください。

## 11. 療育相談

豊中市中部保健センターでは、小児慢性特定疾病にかかっている児童等の療育のため、医師・保健師、その他の専門の職員が日常生活の相談に応じていますので、お気軽にご相談ください。

## 【小児慢性特定疾病 自己負担上限月額表】

受診者の医療保険上の世帯（このページ下部参照）の市町村民税の課税状況により、下の表に基づき階層区分を決定し医療受給者証に記載します。（階層区分「Ⅱ」「Ⅲ」に関しては、保護者の年収に基づき階層を決定します。）

| 階層区分   | 階層区分の基準                            |              | 自己負担上限月額（単位：円）<br>患者負担割合：2割 入院＋外来<br>（病院・診療所・薬局・訪看） |             |               |
|--------|------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|-------------|---------------|
|        |                                    |              | 一般                                                  | 重症患者<br>（※） | 人工呼吸器等<br>装着者 |
| 血友病    | 血友病患者                              |              | 0                                                   |             |               |
| Ⅰ      | 生活保護等                              |              | 0                                                   |             |               |
| Ⅱ      | 市民村民税<br>非課税世帯                     | 年収80万円<br>以下 | 1,250                                               |             | 500           |
| Ⅲ      |                                    | 年収80万円超      | 2,500                                               |             |               |
| Ⅳ      | 一般所得Ⅰ<br>（市町村民税7.1万円未満）            |              | 5,000                                               | 2,500       |               |
| Ⅴ      | 一般所得Ⅱ<br>（市町村民税7.1万円<br>～25.1万円未満） |              | 10,000                                              | 5,000       |               |
| Ⅵ      | 上位所得<br>（市町村民税25.1万円以上）            |              | 15,000                                              | 10,000      |               |
| 入院時の食費 |                                    |              | 1/2自己負担                                             |             |               |

※重症患者・・・下記①②のいずれかに該当する場合に対象となります。

①重症患者認定基準を満たす場合

②高額医療が長期的に継続する場合（医療費総額が5万円以上の月が年間6回以上ある場合）

●血友病患者（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象とされている疾患のかたを含む）に該当する方は、自己負担は生じません。

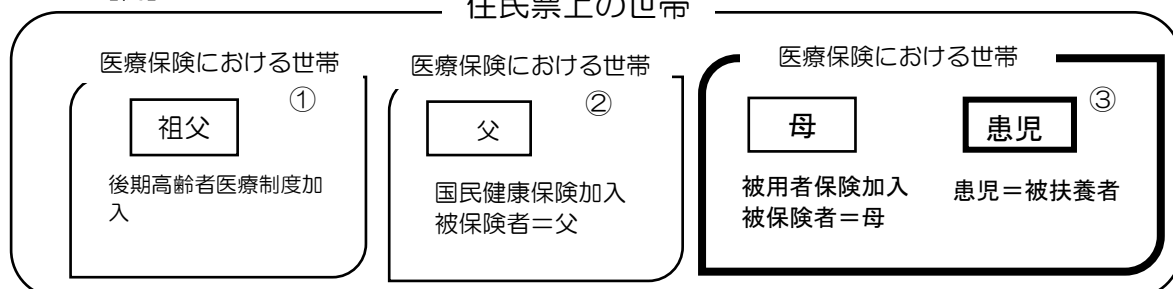
●階層区分「Ⅰ」に関しては、入院費の食事についても自己負担は生じません。

### 自己負担上限額算定のための「世帯」の考え方

- ・住民票の世帯に関係なく「同じ医療保険に加入するもの」とします。
- ・階層区分は、「同一世帯」の市町村民税（所得割）を合算して算定します。

#### 【例】

#### 住民票上の世帯



この例においては、①②③は住民票上では同一世帯だが、医療保険上では別の世帯として取り扱う。すなわち、この例で患児と医療保険上の同一世帯なのは「母」のみとなり、母の市民税（所得割）課税年額等により階層区分を決定する。

## 11. 申請に必要な書類について (新規または更新の場合)



申請書類はこちら

★(1)・(6)は保護者(申請者)が作成してください。

(2)・(3)は、指定医に作成を依頼してください。(指定医＝小児慢性特定疾病指定医)

(1)・(3)・(6)・(12)の様式は、保健センターに備えているほか、豊中市ホームページからもダウンロードできます。

豊中市小児慢性 様式

検索



|      | 必要書類                                                              | 留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
|------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ★(1) | 「小児慢性特定疾病<br>医療費支給認定申請書」<br>(1枚目・2枚目【世帯調書】)                       | 申請者2枚目(世帯調書)は、受診者本人と同じ医療保険に加入する人(生活保護の場合は世帯員)全員を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
| (2)  | 「小児慢性特定疾病<br>医療意見書」<br>※指定医が記載し、申請日から<br>3か月以内の記載日のものに限りま<br>す。   | 都道府県・政令市・中核市の指定する指定医療機関の指定医が作成したものの。意見書の様式は疾病ごとに分かれていますので、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページからダウンロードしてください。<br>ホームページアドレス： <a href="http://www.shouman.jp">http://www.shouman.jp</a><br>※同一疾病の治療を複数の指定医療機関で受ける場合は、いずれかの指定医に「医療意見書」の作成を依頼してください。<br>この場合、他に受診する指定医療機関については(1)申請書の「受診を希望する指定医療機関名」欄に指定医療機関名を記載してください。 |                    |
| (3)  | 「小児慢性特定疾病<br>医療意見書別紙」<br>※指定医が記載し、申請日から<br>3か月以内の記載日のものに限りま<br>す。 | ※該当する方のみ<br>重症認定申請・人工呼吸器装着者・体外式補助人工心臓装着者の認定基準に当てはまる方(主治医にご相談ください)                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
| (4)  | 健康保険証<br>(受診者と同一の医療保険に加入している人の範囲を確認できる書類)                         | 保険の種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 必要書類               |
|      |                                                                   | 豊中市国民健康保険(豊国)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住民票上の世帯全員の健康保険証の写し |
|      |                                                                   | 業種別<br>国民健康保険組合                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 住民票上の世帯全員の健康保険証の写し |
|      |                                                                   | 上記以外の被用者保険<br>(協会けんぽ・<br>●●健康保険組合・<br>●●共済組合 など)                                                                                                                                                                                                                                                         | 受診者本人の健康保険証の写し     |
|      | 生活保護受給世帯                                                          | 不要(健康保険証をお持ちの場合は必要)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| (5)  | 小児慢性特定疾病医療費<br>自己負担上限額管理票の写し<br>(右に該当する方のみ)                       | 高額医療が長期的に継続する者の特例(高額かつ長期)に該当する方。<br>小児慢性特定疾病で継続して認定されている期間において、月ごとの小児慢性特定疾病の医療費総額(10割分)が5万円を超える月が、申請月を含めた過去12か月以内に6回以上あると「自己負担上限管理票」によって確認できる方。                                                                                                                                                          |                    |
| ★(6) | 同意書                                                               | 健康保険者への所得区分照会の際に使用します。                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| (7)  | 現在お持ちの受給者証の写し・                                                    | お持ちの方のみ                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |

|      | 必要書類                                                                                                                                                                                                                                      | 留意事項                                                                                                                        |                                                                       |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| (8)  | (右に該当する場合)<br>該当する他の受給者の受給者証の写し                                                                                                                                                                                                           | 同一医療保険上の世帯内に、他に指定難病・小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方がいる場合。<br>(現在申請中の場合は、窓口でお申し出ください。)                                                  |                                                                       |
| (9)  | (右のいずれかに該当する方のみ)<br><br>世帯の住民税額等を証明する書類<br>※申請月の属する年度(ただし、4月～6月に申請される場合は前年度)のもの<br><br>医療保険上の世帯が住民税非課税の場合、階層区分Ⅱに認定されるためには医療費支給認定保護者の給与等所得金額および他の所得の合計が80万円以下であることの確認が必要です。<br><br>～他の所得とは～<br>・障害年金・遺族年金・寡婦年金等<br>・特別児童扶養手当・特別障害者手当・福祉手当等 | 該当する要件                                                                                                                      | 必要書類                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                                                           | <新規・転入><br><br>業種別国民健康保険組合に加入している                                                                                           | <u>組合員及びその世帯の被保険者全員分の「住民税(非)課税証明書」</u><br><br>※16歳未満の被扶養者である児童分は不要です。 |
|      |                                                                                                                                                                                                                                           | <新規・転入で、かつ市民税非課税の方><br><br>被用者保険に加入している<br><br>例：協会けんぽ、<br>●●健康保険組合、<br>●●共済組合など                                            | <u>被保険者の「住民税(非)課税証明書」</u> が必要な場合がありますので、お問合せください。                     |
|      |                                                                                                                                                                                                                                           | 生活保護受給世帯                                                                                                                    | 生活保護受給証明書(福祉事務所で発行してもらってください)<br><br>※健康保険証をお持ちの場合は、お持ちください。          |
|      | 申請年の1月1日以降に豊中市に転入された方                                                                                                                                                                                                                     | 前にお住まいの自治体の課税証明書(マイナンバーの提出により省略可)                                                                                           |                                                                       |
| (10) | 個人番号(マイナンバー)確認書類                                                                                                                                                                                                                          | 受診者、保護者(被保険者等)及び受診者と同じ医療保険に加入している方全員分の「個人番号カード」または「住民票の写し(個人番号が記載されたもの)」                                                    |                                                                       |
| (11) | 申請者の本人確認書類                                                                                                                                                                                                                                | (顔写真付きの官公庁発行の書類1点)<br>個人番号カード/運転免許証/パスポート/障がい者手帳/在留カード等<br><br>(上記書類がない場合、以下の書類を2点)<br>健康保険証/年金手帳/児童扶養手当等の証書/小児慢性特定疾病医療受給者証 |                                                                       |
| (12) | 委任状                                                                                                                                                                                                                                       | 受診者本人が18歳以上の場合で、保護者名で申請するときのみ必要                                                                                             |                                                                       |

(注)業種別国民健康保険加入の方・被用者保険に加入の方で被保険者が非課税の方については、健康保険上の適用区分の更新に伴い、認定後でも改めて市・府民税課税証明書等の提出をお願いすることがあります。



## 12. よくある質問

### Q1 申請から受給者証交付までどれくらいかかりますか？

- A1 通常は約2か月程度で交付します。ただし、提出書類に不備等がある場合は、申請者や医療機関へ書類を返却し加筆修正の依頼を行いますので、2か月以上かかる場合もあります。  
なお、審査により不承認となる場合もありますのでご了承ください。

### Q2 申請日より前の治療は、助成の対象となりますか？

- A2 令和5年10月1日から、支給開始日について、医療意見書に記載された診断年月日等まで遡ることが可能となりました。ただし、遡り期間は原則申請日から1ヶ月です。また、診断年月日から1ヶ月以内に申請を行わなかった理由について、やむを得ない理由がある時は最長3か月の遡りが可能です。遡りを希望する場合、申請書1枚目の「医療費支給認定の遡り申請」欄に支給開始希望日等を記入してください。

### Q3 継続申請は、いつからできますか？お知らせは送ってくれるのですか？

- A3 有効期間終了の3ヶ月前から申請することができます。（例：9月30日までの有効期間→7月から継続申請可）  
更新月が近づいた頃に継続申請のご案内を送付する予定ですが、受給者証に記載されている有効期間に気を付けて、必ず有効期間内に継続申請手続きをお願いします。

### Q4 受給者証の有効期限内に継続申請の手続きができなかった場合は、どうなりますか？

- A4 受給者証の有効期限内に医療意見書の準備が間に合わない等の場合、先に医療意見書以外の必要書類を提出することはできません。この場合、受付はいたしますが「申請日」は医療意見書の診断年月日となります。  
上記Q2のとおり、令和5年10月1日より、医療意見書に記載の診断年月日までなら原則1ヶ月まで遡りが可能です。また、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについて、やむを得ない理由がある時は、最大3か月の遡りが可能となりますので、担当課までご相談ください。

### Q5 受給者証が届くまでの間は、指定医療機関で健康保険による自己負担分（3割負担）を支払わないといけないのですか？

- A5 医療機関により、3割負担を請求される場合と、受給者証が届くまで支払いを待ってもらえる場合があります。3割負担等を支払った場合は、後日、医療機関に受給者証を提示して、「月額自己負担上限額」を超えた額を返金してもらってください。返金ができなかった場合でも、市へ償還払いの申請をすることができますので、申請窓口までお問合せください。

### Q6 子ども医療証を持っているのですが、申請は不要ですか？

- A6 原則として、国の制度である小児慢性特定疾病医療費助成制度が優先となりますので、対象となる方はご申請をお願いしています。  
また、他の福祉医療助成の医療証（子ども医療証・障害者医療証・ひとり親家庭医療証）との併用ができますので、大阪府内の医療機関での受診時にそれらの医療証をお持ちの場合は、必ず両方を提示してください。  
大阪府外の医療機関を受診する場合は、それらの福祉医療助成の医療証は窓口では使えませんので、一旦小児慢性特定疾病医療受給者証のみを窓口で提示して精算をしていただき、その時にかかった自己負担分は、後日、各医療証の発行窓口（市役所内）にて払い戻し請求手続きを行ってください。

### Q7 豊中市外の医療機関にもかかることはできますか？

- A7 その医療機関が、全国の各自治体から指定を受けている「小児慢性特定疾病指定医療機関」であれば、豊中市長の指定を受けたものとみなし、かかることができます。  
また、「医療意見書」は、全国の各自治体から指定されている「指定医」のみが作成できます。

### <豊中市すこやかプラザ案内図>



### <お問合せ・申請窓口>

豊中市おやか保健課  
保健企画係

〒560-0023 豊中市岡上の町2-1-15  
豊中市すこやかプラザ1階 中部保健センター内  
電話：6858-2800

2023.12月