

令和5年度小児慢性特定医療費医療受給者証の更新のご案内

ご案内書類一覧

1. 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
2. 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の更新のご案内 ※本紙
3. 各種様式
 - ・医療意見書の研究等への利用についての同意書
 - ・重症患者認定申告書
 - ・人工呼吸器等装着者証明書
 - ・マイナンバーを用いた地方税関係情報の照会に対する同意書【県認定の方のみ同封】
4. 提出書類チェック表
5. アンケート
6. 返信用封筒 ※郵送の場合に切手を貼り、宛名を書いてご使用ください
7. 小児慢性特定疾病の相談事業案内 ※難病相談・支援センター作成

重要なお知らせ

- **有効期間満了後も継続して受給者証の交付を希望される場合は、更新申請の手続きが必要です。**
 - ・現在お持ちの受給者証は、券面に記載された有効期間満了後はご利用になれません。継続して受給者証の交付を希望される方は、この「ご案内」を確認いただき、必要書類を窓口持参もしくは郵送で住所地を管轄する保健福祉センター等まで提出してください。☎7ページ参照
 - ・必要書類が全て揃って受付をしてから、審査を行い、新しい受給者証をお届けするまでに2～3か月程度かかります。
 - ・審査の結果、不認定となることもありますので、あらかじめご了承ください。
 - ・新しい受給者証の有効期間は「令和5年12月1日から令和6年11月30日まで」です。（ただし、この期間内に20歳に到達する方は「令和5年12月1日から20歳の誕生日前日まで」とします。）
 - ・「医療意見書(継続)」の様式は本案内に同封しておりません。医療機関から様式を用意するよう求められた場合は、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページから入手いただくか、住所地を管轄する保健福祉センター等までお尋ねください。
- **18歳以上の方は、受診者本人名義で申請を行ってください。**
 - ・成人年齢が20歳から18歳に引き下げられたことに伴い、18歳以上の方は、受診者本人名義で申請を行ってください。
 - ・受診者本人による申請が難しく、ご家族が申請者として申請する場合は「委任状」が必要です。（ただし、成年後見人等の法定代理人が申請する場合は、不要です。）「委任状」は、県のホームページ又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。
 - ・18歳以上の受診者本人の住民票を石川県外又は金沢市に移している場合は、お手元の受給者証の有効期限が切れる前に、現在お住まいの自治体で転入手続きを行ってください。

1 更新申請の受付期間

令和5年7月3日(月)から9月29日(金)まで

(郵送の場合は消印有効)

- ・受付期間を過ぎても、受給者証の有効期間(令和5年11月30日)までは提出を受け付けますが、結果の通知が遅れる可能性があります。
- ・受給者証の有効期間までに申請を行わない場合、受給資格を喪失します。
- ・令和5年12月1日以降は改めて新規申請をしていただくこととなり、支給認定された場合の受給者証の有効期間は申請受理日からとなります。(有効期間外に支払った医療費は公費負担の対象外となります。)

2 更新申請の流れ

① 主治医(指定医)に「医療意見書」の作成を依頼



② 必要書類(※3、4ページ)を用意し、同封の申請書(※記入例:8、9ページ)を記入



③ 申請書類の提出



- ・必要書類が準備できましたら、お早めにご提出ください。
- ・窓口持参の場合は、受付時間内に住所地を管轄する保健福祉センター等までお越しください。
- ・郵送の場合は、漏洩、紛失等の事故を防止するため、特にマイナンバーが記載されたものはできるだけ送達状況が確認可能な簡易書留などの方法でご提出ください。(郵送に係る費用は自己負担となります。)

④ 県で支給認定にかかる審査を行い、審査結果をお知らせします。

- ・県において、ご提出いただいた医療意見書に基づき審査を行います。
- ・認定となる場合は、受給者証をお送りします。
- ・審査結果は、申請者の住所又は指定の送付先にお送りします。

※事務処理の都合上、申請いただいてから受給者証が届くまでに2~3か月程度かかります。

(申請書類に不備等ある場合は、更に時間を要する可能性があります。)

3 更新申請に必要な書類

※下記の他、同封の別紙「アンケート」「提出書類チェック表」もご提出ください！

(1) 全員必要なもの		行方													
①	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新) 同封	<ul style="list-style-type: none"> ・受診者が18歳未満の場合 →保護者(受診者が加入している被保険者の方等)が申請してください。 ・受診者が18歳以上の場合 →受診者本人名義で申請してください。 ・記入例(☞8、9ページ)を参考にご記入ください。 ※事務処理の関係上、最新の情報が反映されていない場合があります。(年齢についてはR5.7.1時点となっています。) 	□												
②	医療意見書 ※医療機関へご依頼ください	<ul style="list-style-type: none"> ・作成に時間を要することがあるため、早めに「指定医」にご依頼ください。石川県の指定医は県及び金沢市のホームページで公表しています。 ・ご自身で様式を用意する必要がある方は、最寄りの窓口(お住まいの地域を管轄する保健福祉センター等)もしくは下記ホームページから入手ください。 ○小児慢性特定疾病情報センターhttps://www.shouman.jp/medical/ 小児慢性特定疾病情報センター 医療意見書 検索 ※「新規」「継続」のうち、「継続」の医療意見書をご使用ください。 ・成長ホルモン治療を継続して行う場合は、医療意見書に加えて「成長ホルモン治療用医療意見書(継続)」の提出が必要です。 ・文書料は自己負担となります。 	□												
③	医療意見書の研究等への利用についての同意書 同封		□												
④	小児慢性特定医療費医療受給者証(写し)	※黄色の受給者証の表面	□												
⑤	自己負担上限額管理票(写し)	※黄色の受給者証の裏面 ・自己負担上限額管理票は、医療費の確認書類となるため、申請月を含む過去12か月分の内容が写るようにコピーを取ってください。	□												
⑥	世帯全員の住民票	<ul style="list-style-type: none"> ・同一世帯の者すべてが記載されており、続柄の記載があるもので、発行日から3か月以内のもの、をご提出ください。 ※原則マイナンバーの記載がないものとします。マイナンバーが記載された住民票を、後掲⑧「個人番号(マイナンバー)の確認書類」も兼ねて提出することもできますが、この場合、受診者本人と支給認定基準世帯員以外のマイナンバーは黒マジックで塗りつぶす等によって判読できないようにしてください。 	□												
⑦	保険証(写し)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">受診者が加入している保険</th> <th>提出する保険証(写し)の範囲</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険 ・国民健康保険組合 </td> <td></td> <td>同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など </td> <td>受診者が被保険者の場合</td> <td>受診者の分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>受診者以外が被保険者の場合</td> <td>受診者と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可</td> </tr> </tbody> </table>	受診者が加入している保険		提出する保険証(写し)の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険 ・国民健康保険組合 		同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分	<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など 	受診者が被保険者の場合	受診者の分		受診者以外が被保険者の場合	受診者と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可	□
受診者が加入している保険		提出する保険証(写し)の範囲													
<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険 ・国民健康保険組合 		同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分													
<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険 など 	受診者が被保険者の場合	受診者の分													
	受診者以外が被保険者の場合	受診者と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可													
⑧	個人番号(マイナンバー)の確認書類	<ul style="list-style-type: none"> ・後掲(☞5ページ)の説明をご確認ください。 ※これまでの各種申請の際に、既にマイナンバーを提出されている方で、今回記入を省略される方は提出を省略できます。 ※税申告が必要だが申告していない方や、マイナンバーでの課税状況等の確認を希望しない方は、所得課税証明書等の提出が必要です。 	□												

(2)該当する方のみ必要なもの		印
⑨	<p>市町村民税非課税世帯で、申請者本人が①障害年金・遺族年金、②特別児童扶養手当等を受給している方</p> <p>障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給を確認できる書類 として以下のもの。</p> <p>①年金証書(写し) 又は 年金振込通知書(写し)</p> <p>②特別児童扶養手当等の証書(写し) 又は 支給決定額の通知書(写し)</p> <p>※前年分の支給額が記載されたもの(令和4年1～12月分すべての支給による年額が確認できるもの)</p>	□
⑩	<p>高額かつ長期(※6ページ)に該当する方 (小児慢性特定疾病に関する1か月の医療費総額が5万円を超える月が、申請月を含む過去12か月で6回以上ある方)</p> <p>・重症患者認定申告書(※記入例:10ページ) 同封</p> <p>・申請月を含む過去12か月分の自己負担上限額管理票(写し)</p>	□
⑪	<p>重症患者認定基準(重症患者認定申告書の裏面に記載)(※6ページ)に該当する方</p> <p>・重症患者認定申告書(※記入例:10ページ) 同封</p> <p>・障害者年金証明書・身体障害者手帳(写し) ※交付を受けている方のみ</p> <p>※主治医にご相談の上、該当する場合は提出してください。</p>	□
⑫	<p>人工呼吸器等装着者認定基準(人工呼吸器等装着者証明書の裏面に記載)(※6ページ)に該当する方</p> <p>・人工呼吸器等装着者証明書 同封</p> <p>※主治医にご相談の上、該当する場合は提出してください。</p>	□
⑬	<p>受診者が指定難病の医療費助成の受給者でもある方</p> <p>・受診者の特定医療費(指定難病)受給者証(写し)</p>	□
⑭	<p>受診者と同じ医療保険の中に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者がいる方(※6ページ)</p> <p>・当該受給者の特定医療費(指定難病)受給者証(写し) ※可能な限り、両者同時に更新申請を行ってください。</p>	□
⑮	<p>「国民健康保険組合」又は「石川県外の市区町村国民健康保険」に保険が変更された方</p> <p>・保険者への照会に係る同意書*</p>	□
⑯	<p>「国家公務員共済組合」又は「地方公務員共済組合」に加入している方で非課税世帯の方(もしくは非課税世帯の可能性のある方)</p> <p>・同意書(国共済・地共済等加入者用)*</p>	□
⑰	<p>県認定の方(公費負担者番号が82から始まる方)</p> <p>・マイナンバーを用いた地方税関係情報の照会に対する同意書 県認定の方に同封</p>	□
⑱	<p>更新申請手続きと一緒に、現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方(※7ページ)</p> <p>・小児慢性特定医療費医療受給者証(原本)</p> <p>・変更申請書* ※特例の適用や保険変更等に伴う支給認定基準世帯員の変更、前年の所得・収入減などで自己負担上限額が変わる方のみ</p>	□

*印の書類は、県のホームページ又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です

4 個人番号（マイナンバー）の記入等について

1 マイナンバーの記入について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(いわゆる「マイナンバー法」)により、小児慢性特定疾病医療費の支給認定事務において、マイナンバーを利用することが定められています。マイナンバーの提出によって、所得課税証明書、生活保護受給者であること等を証明する書類の提出が省略できます。(税の確定申告が必要だが申告していない方や、マイナンバーによる課税状況等の確認を希望しない方は、各自で所得課税証明書等を準備して提出してください。)

これまでの各種申請の際に、既にマイナンバーを提出されている方は記入を省略できますが、新たに支給認定基準世帯員^{*}になった方や、前回提出時からマイナンバーに変更があった方については、必ず記入してください。

^{*}支給認定基準世帯員…前掲「⑦ 保険証(写し)」の表中「提出する保険証(写し)の範囲」における受診者本人以外の方

2 マイナンバーの確認書類 ^{*}マイナンバーの記入を省略される方は提出不要です。

申請者本人のマイナンバー確認及び本人確認を行うため、以下の書類が必要となります。(申請者以外のマイナンバーの記入が必要な方の確認書類は提出不要ですので、申請者が適切に本人確認を行い、誤りのないよう記入してください。)

郵送の場合は各書類の写しをご提出いただき、窓口申請の場合はご提示をお願いします。

(1)申請者が申請する場合…AとB

A.マイナンバー確認 (以下のいずれか)		
①	マイナンバーカード(裏面)	<input type="checkbox"/>
②	通知カード ※記載事項に変更が無い場合又は R2.5.24 までに正しく変更手続がとられている場合に限る。	<input type="checkbox"/>
③	マイナンバーが記載された住民票 又は 住民票記載事項証明書(ともに写し可)	<input type="checkbox"/>
④	自身の個人番号に相違ない旨の本人による申告書 [*]	<input type="checkbox"/>

B.本人確認 (以下のいずれか)		
①	顔写真入りの身分証明書を1つ マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>
②	顔写真のない身分証明書を2つ 保険証、印鑑登録証明書など	<input type="checkbox"/>
③	小児慢性特定医療費医療受給者証	<input type="checkbox"/>

申請者とは、以下のいずれかの人です。
・18歳未満の受診者の保護者
・18歳以上の受診者本人

(2)代理人(受診者のご家族や施設職員等)が申請する場合…AとBとC

※必要事項が記載された書類を、申請者のご家族や施設の職員等が持参するだけ(提出代行)の場合は、上記(1)と同様の取り扱い(AとB^{*}ともに写し可)となります。

A.申請者のマイナンバー確認 (以下のいずれか)		
①	マイナンバーカード(裏面) 又はその写し	<input type="checkbox"/>
②	通知カード 又はその写し ※記載事項に変更が無い場合又は R2.5.24 までに正しく変更手続がとられている場合に限る。	<input type="checkbox"/>
③	マイナンバーが記載された住民票 又は 住民票記載事項証明書(ともに写し可)	<input type="checkbox"/>
④	自身の個人番号に相違ない旨の本人による申告書 [*]	<input type="checkbox"/>

^{*}印の書類は、県のホームページ、又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。

B.代理人の身元確認 (以下のいずれか)		
①	顔写真入りの身分証明書を1つ マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>
②	顔写真のない身分証明書を2つ 保険証、印鑑登録証明書など	<input type="checkbox"/>

C.代理権の確認 (以下のいずれか)		
①	法定代理人であることを証する書類 戸籍謄本など	<input type="checkbox"/>
②	委任状 [*]	<input type="checkbox"/>
③	受診者本人の身分証明書(原本) マイナンバーカード(表面)、運転免許証など	<input type="checkbox"/>

5 月額自己負担上限額

月額自己負担上限額は、支給認定基準世帯員の最新の市町村民税課税状況等により決定されます。そのため、新しい受給者証では上限額が変わる可能性がありますので、ご了承ください。

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合:2割、外来+入院)		
			原則		
			一般	重症 (※)	人工呼吸器等装着者
I	生活保護		0		0
II	市町村民税 非課税(世帯)	低所得 I (~80万円)	1,250		500
III		低所得 II (80万円超~)	2,500		
IV	一般所得 I (市町村民税課税以上7.1万円未満)		5,000	2,500	
V	一般所得 II (市町村民税7.1万円以上25.1万円未満)		10,000	5,000	
VI	上位所得 (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: 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/月を超えた月が年間6回以上ある場合)、
②現行の重症患者認定基準に適合する者、のいずれかに該当。

6 月額自己負担上限額等に係る特例について

特例の要件に該当する方は、申請書の特例欄にチェックした上で、必要書類(※4ページ)をご提出ください。
郵送の場合は、原則、書類受理月が申請月となるため、特例該当月の算定において十分ご注意ください。

(1) 高額かつ長期 (申請書の特例欄「高額治療継続」にチェック)

小児慢性特定疾病に関する1か月の医療費(10割分)総額が5万円を超える月が、申請月を含む過去12か月において6回以上あるとき、階層区分によって月額自己負担上限額が「一般」から「重症」に減額されます。 ※受給開始前の医療費は算定対象外です。

(2) 重症患者認定 (申請書の特例欄「重症患者認定」にチェック)

重症患者認定基準(重症患者認定申告書の裏面に記載)に該当する場合、階層区分によって月額自己負担上限額が「一般」から「重症」に減額されます。

(3) 人工呼吸器等装着 (申請書の特例欄「人工呼吸器等装着」にチェック)

人工呼吸器等装着者認定基準(人工呼吸器等装着者証明書の裏面に記載)に該当する場合、月額自己負担上限額が500円に減額されます。

(4) 同一保険世帯内按分 (申請書に該当者の氏名を記入)

患者さんと同じ医療保険に属する者(医療保険上の同一世帯員)が、指定難病又は小児慢性特定疾病に係る医療費助成制度の受給者である場合は、「両者の月額自己負担上限額の合計が世帯内の最も高い方の自己負担上限額」となるよう、各自の上限額が減額されます。

7 更新申請手続きと一緒に現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方へ

- ◎ 住所、氏名、保険など、受給者証の記載内容に変更がある場合は、受給者証の書き換え作業を行うため、窓口までお越しください。
- ・ その際、更新申請書類と合わせて、受給者証原本もお持ちください。
 - ・ 自己負担上限額(階層区分)が変わる場合(特例の適用(☎6ページ)や保険変更等に伴う支給認定基準世帯員の変更、前年の所得・収入減など)は、更新申請書類及び受給者証原本の他に「変更申請書*」を提出してください。
*県のホームページ、又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能
 - 変更申請書を提出した場合…変更申請受付日の翌月1日から変更(※1日付受理の場合は申請月から)
 - 変更申請書を提出しない場合…更新後の新しい受給者証の有効期間開始日より変更
 - ・ 郵送の場合は、返却に時間を要するため、お手元に受給者証のコピーを取っておくことをお勧めします。(原本がない場合、書き換えができないため、更新後の新しい受給者証のみ変更となります。)

8 更新申請の問合せ先・提出先

お住まいの地域	管轄する保健福祉センター等	提出先 <small><受付時間> 平日(土日祝除く) 9:00~17:00</small>
小松市、能美市、川北町	南加賀保健福祉センター (電話 0761-22-0793)	〒923-8648 小松市園町又48 南加賀保健福祉センター 宛
加賀市	加賀地域センター (電話 0761-76-4300)	〒922-0257 加賀市山代温泉桔梗丘2-105-1 加賀地域センター 宛
白山市、野々市市	石川中央保健福祉センター (電話 076-275-2250)	〒924-0864 白山市馬場2-7 石川中央保健福祉センター 宛
かほく市、津幡町、内灘町	河北地域センター (電話 076-289-2177)	〒929-0331 河北郡津幡町中橋口1-1 河北地域センター 宛
七尾市、中能登町	能登中部保健福祉センター (電話 0767-53-6894)	〒926-0021 七尾市本府中町ソ27-9 能登中部保健福祉センター 宛
羽咋市、志賀町、宝達志水町	羽咋地域センター (電話 0767-22-1170)	〒925-0026 羽咋市石野町ハ31 石川県羽咋合同庁舎1階 羽咋地域センター 宛
輪島市、穴水町、能登町	能登北部保健福祉センター (電話 0768-22-2011)	〒928-0079 輪島市鳳至町畠田102-4 能登北部保健福祉センター 宛
珠洲市	珠洲地域センター (電話 0768-84-1511)	〒927-1223 珠洲市宝立町鶴島ハ124 珠洲地域センター 宛

※郵送の場合は、漏洩、紛失等の事故を防止するため、特にマイナンバーが記載されたものはできるだけ送達状況が確認可能な簡易書留などの方法でご提出ください。(郵送にかかる費用は自己負担となります。)

石川県健康推進課 難病対策グループ
(電話 076-225-1448)

記入例

〒000-0000

加賀市〇〇町〇丁目〇番地

石川 太郎 様

記載内容の訂正を行う場合、
チェックを入れてください。

変更事項がある場合、訂正事項
を朱書き訂正のうえ左に

原則記入が必要ですが、既にご提出いただいている
マイナンバーについては省略できます。

C1 高額かつ長期

受診者	受給者番号	1234567	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	ｲｶｶﾞ ﾊﾅ	年齢	生年月日											
	氏名	石川 花子	平成20年4月1日												
申請者	フリガナ	ｲｶｶﾞ ﾀﾛ	受診者との続柄												
	氏名	石川 太郎	受診者との続柄 本人												
	住所	〒(000-0000) 加賀市〇〇町〇丁目〇番地	〇〇〇・〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇												
指定医療機関	自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	重症患者認定	人工呼吸器等装着	高額治療継続											
	今回申請する受診者と同じ支給認定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	有(氏名 石川 雪子) ・ 無 (有の場合は受給者証もしくは申請書の写しを添付)													
	申請者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給 (市町村民税非課税世帯の方のみ記入)	有 ・ 無(有の場合は金額が確認できるものを添付) ※添付がない場合、正しく本人年収の確認ができないため、 Ⅲ(低所得Ⅱ)の階級を記入してください。													
	受診を希望する医療機関名(薬局、訪問看護事業所を含む)	所在													
	加賀市民病院														
	加賀市医療センター	加賀市作見町リ36番地													
	記載内容に変更があれば、赤字で訂正してください。 ※受給者証には個別の医療機関名を記載していませんが、患者さんの情報把握 のため、利用する医療機関名及び所在地を記入してください。 (石川県の指定医療機関は県及び金沢市ホームページで公表しています。)														
	※ 上に記入した以外の 当該機関が <u>児童福祉</u>														

【受診者が18歳未満】
保護者(受診者が加入している医療保険の
被保険者の方等)が申請してください。
【受診者が18歳以上】
受診者本人名義で申請してください。
この場合、申請者欄は記載不要です。

記載内容に変更があれば
赤字で訂正してください。

受診者との続柄を
記入してください。

重症患者認定基準、人工呼吸器等装着者、
高額治療継続者に該当する方はチェック
してください。

該当者がいる場合は、
「有」に〇をし、該当
者の氏名を記入して
ください。

非課税世帯の方(もしくは
不明の方)は、該当の有無
を記入してください。

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

令和 5 年 〇 月 〇 日

申請者氏名 **石川 太郎**

石川県知事 殿

【受診者が18歳未満】
申請者欄の保護者氏名を記入してください。
【受診者が18歳以上】
受診者本人の氏名を記入してください。

世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入して同居・別居を問わず全員記入して下さい。（※血友病等先天性血液凝固因子障害疾患）

受診者が社会保険（全国健康保険協会、健康保険組合など）の場合は、被保険者又は被扶養者に○をつけてください。

	氏名		受診者との続柄	【社会保険の方】 被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有 無（※1）
	(フリガナ) 氏名	イシカワ タロウ 石川 太郎		・被保険者 ・被扶養者	・有 難病（受給者番号 ） ・無
受診者	石川 花子		本人	・被保険者 ・被扶養者	・有 難病（受給者番号 ） ・無
1	(フリガナ) 氏名	イシカワ タロウ 石川 太郎	父	・被保険者 ・被扶養者	・有 1 難病（受給者番号 ）
	生年月日	昭和55年 3 月 1 日			
	個人番号 （※2）	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1			
	住所 （※3）				
2	(フリガナ) 氏名	イシカワ ユキコ 石川 雪子	母	・被保険者 ・被扶養者	○ ・有 1 難病（受給者番号 7654321 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	昭和60年 2 月 1 日			
	個人番号 （※2）	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2			
	住所 （※3）				
3	(フリガナ) 氏名	イシカワ イチロウ 石川 一郎	弟	・被保険者 ・被扶養者	・有 1 難病（受給者番号 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	平成25年 1 月 1 日			
	個人番号 （※2）				
	住所 （※3）				

指定難病または小児慢性特定疾病の受診者がいる場合には、受給者番号を記入してください。

・ 支給認定基準世帯員全員について、漏れなく記入してください。（☞5ページ参照）

※支給認定基準世帯員は、受診者の加入している医療保険の種別によって異なります。

- ・「国民健康保険」、「国民健康保険組合」 → 同一世帯で同じ保険に加入している方『全員』
- ・「全国健康保険協会」、「健康保険組合」、「共済組合」等 → 『被保険者』のみ

・ これまでの各種申請の際に、既にマイナンバーを提出されている方は記入を省略できますが、新たに支給認定基準世帯員になった方や前回提出時からマイナンバーが変更された方については、必ず記入してください。

・ 義務教育修了前の方のマイナンバーは記入を省略できます。

※2 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受

※3 支 代理人（申請者の家族の方等）が書類を提出する場合には、代理人の氏名、受診者との関係（続柄）、住所、電話番号を記入してください。 合のみ記入してください。

※センター押印欄

書類を提出する方が 申請者と異なる場合	氏名 住所 TEL	受診者との関係
------------------------	-----------------	---------

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認

記入例

別紙様式第2号

(重症患者認定申告書)

ふりがな				年 月 日生(満 歳)
氏名				
①高額かつ長期 高額治療継続者の認定(申請月の前月以後のものに限る。)に該当する者(申請月の前月以後の医療費総額(健康保険の療養に要する費用)の算定方針に上ある者をいう)				
添付書類	1. 自己負担上限月額管理票			
②重症度				
添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 身体障害者手帳の写	2. 障害年金証明書の写	3. 障害者手帳の写	4. その他()
基準①				
すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限る)と認められる場合				
対象の部位	該当箇所に○	症状の状態		
眼		眼の機能に著しい障害を有するもの(視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が0.04未満のもの)		
聴器		聴覚機能に著しい障害を有するもの(両側の聴覚機能に著しい障害を有するもの(両上肢の用を全く廃したもの)		
上肢		両上肢の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指を基部から欠いているもの)		
		一上肢の機能に著しい障害を有するもの(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)		
下肢		両下肢の機能に著しい障害を有するもの(両下肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両下肢の全ての指を基部から欠いているもの)		
		一下肢の機能に著しい障害を有するもの(一下肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一下肢の用を全く廃したもの)		
体幹・脊柱	○	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができない程度の障害を有するもの(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの)		
肢体の機能		身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)		
基準②				
基準①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合と認められる場合				
疾患群	該当箇所に○	治療状況等の状態		
悪性新生物		再発又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの		
血液疾患		血液透析又は血液透析(持続携帯腹膜透析)を含む。)を行っているもの		
呼吸器疾患		気管切開を行っているもの		
人工呼吸器		人工呼吸器を使用しているもの		
発達障害		発達指数が十未満であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの		
知的障害		発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの		
肝臓疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの		
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群		この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの		
皮膚疾患		発達指数が十未満であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの		
骨系統疾患		気管切開を行っているもの		
脈管系疾患		気管切開を行っているもの		

①高額かつ長期に該当する方は記入してください。

提出する添付書類に○をつけてください。

申請月を含む過去12か月分の自己負担上限額管理票(写し)を添付してください。

提出する添付書類に○をつけてください。

基準①の該当箇所に○を付けてください。
【該当箇所がない方は基準②へ】

②重症度に該当する方(重症患者認定基準に該当する方)は記入してください。

重症患者認定基準は、同封の「重症患者認定申告書」の裏面に記載してあります。

【基準①に該当箇所がない方】
基準②の該当箇所に○を付けてください。

「①高額かつ長期」と「②重症度」の両方に該当する方は、両方について記載してください。
(2枚に分けて作成する必要はありません。)

提出書類チェック表 (裏面もあります)

提出書類と一緒にこのチェック表も提出してください！

《日中の連絡先》

➤ 平日の9時～17時に連絡がとれる方の連絡先を記入してください。

連絡がとれる方の氏名	受診者との続柄	電話番号	備考
受診者氏名〔 〕			

- ・提出書類に確認事項等があった場合、保健福祉センター等からご連絡いたします。
- ・時間指定が必要な場合は、できるだけ幅を持たせた時間帯を備考にご記入ください。

《すべての方が必要な書類》

➤ 書類が全て揃っているか、再度ご確認ください、提出する書類の口にチェックを記入してください。

<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新） <ul style="list-style-type: none"> ・（受診者が18歳未満）保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者の方等）が申請していますか？ ・（受診者が18歳以上）受診者本人名義で申請していますか？（代理人の場合、「委任状」はありますか？） ・申請書の記載内容に変更があった場合、赤字で修正されていますか？ ・記入例を参考に、記載漏れはございませんか？ 		
<input type="checkbox"/> 医療意見書		
<input type="checkbox"/> 医療意見書の研究等への利用についての同意書		
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定医療費医療受給者証（写し） ※黄色の受給者証の表面		
<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票（写し） ※黄色の受給者証の裏面 <ul style="list-style-type: none"> ・自己負担上限額管理票は、申請月を含む過去12か月分の内容がわかるものですか？ 		
<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票 <ul style="list-style-type: none"> ・「同一世帯の者すべてが記載」「続柄あり」「発行日から3か月以内」のものですか？ ・（マイナンバーが記載された住民票の場合）受診者本人と支給認定基準世帯員以外のマイナンバーは見えないようになっていますか？ 		
<input type="checkbox"/> 保険証（写し） <ul style="list-style-type: none"> ・受診者が加入している保険の種類によって、提出範囲が異なります。 ・必要な方の保険証（写し）が揃っていますか？ 	受診者が加入している保険 <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険 ・国民健康保険組合 	提出する保険証(写し)の範囲 <ul style="list-style-type: none"> 同じ保険に加入している方(記号・番号が同一の方)全員分
	<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 ・船員保険など 	受診者が被保険者の場合 <ul style="list-style-type: none"> 受診者の分
		受診者以外が被保険者の場合 <ul style="list-style-type: none"> 受診者と被保険者の分 ※被保険者氏名が記載されている場合、受診者の分のみで可
<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の確認書類 <input type="checkbox"/> 必要なマイナンバーを提出済みのため省略します。 <ul style="list-style-type: none"> ・必要な方のマイナンバー確認書類が揃っていますか？ ※必要な方については更新のご案内5ページ参照 		
<input type="checkbox"/> アンケート <ul style="list-style-type: none"> ・記載漏れはございませんか？ 		

裏面（該当する方のみ必要な書類）も必ずご確認ください。

《該当する方のみ必要な書類》

➤ 書類が揃っているか、再度ご確認ください、提出する書類にチェックを記入してください。

*印の書類は、県のホームページ、又は窓口(住所地を管轄する保健福祉センター等)で入手可能です。

市町村民税非課税世帯で、申請者が障害年金・遺族年金等を受給している方

- 年金証書（写し）又は年金振込通知書（写し）**
・令和4年1～12月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

市町村民税非課税世帯で、申請者が特別児童扶養手当等を受給している方

- 特別児童扶養手当等の証書（写し）又は支給決定額の通知書（写し）**
・令和4年1～12月分すべての支給による年額が確認できるものですか？

「高額かつ長期」に該当する方

- 重症患者認定申告書**
 自己負担上限額管理票（写し）
・申請月を含む過去12か月において、小児慢性特定疾病に関する1か月の医療費総額が5万円を超える月が6回以上ありますか？

「重症患者認定基準」に該当する方

- 重症患者認定申告書**
 障害者年金証明書・身体障害者手帳（写し） ※交付を受けている方のみ

「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する方

- 人工呼吸器等装着者証明書**

受診者が指定難病の医療費助成の受給者でもある方

- 受診者の特定医療費（指定難病）受給者証（写し）**

受診者と同じ医療保険の中に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者がいる方

- 当該受診者の特定医療費（指定難病）受給者証（写し）**

「国民健康保険組合」又は「石川県外の市区町村国民健康保険」に保険が変更された方

- 保険者への照会に係る同意書***

「国家公務員共済組合」又は「地方公務員共済組合」に加入している方で、非課税世帯の方（もしくは非課税世帯の可能性のある方）

- 同意書（国共済・地共済等加入者用）***

県認定の方（公費負担者番号が82から始まる方）

- マイナンバーを用いた地方税関係情報の照会に対する同意書**

更新手続きと一緒に、現在お持ちの受給者証の記載内容を変更される方

（詳細は更新のご案内7ページ参照）

- 受給者証の原本**
・郵送の方はお手元にコピーを取っておくことをお勧めします
- 変更申請書***
・特例の適用や保険変更等に伴う支給認定基準世帯員の変更、前年の所得・収入減などで自己負担上限額が変わる方のみ