

小児慢性特定疾病医療費助成の申請手続きについて

令和6年3月 富山市保健所

国が指定する16疾患群(788疾病)の小児慢性特定疾病児に対し、医療費の負担を軽減するため、医療費の自己負担分の一部を助成します。

1 対象者

対象疾病にかかっている18歳未満の児童で、児童の保護者(児童が属する医療保険の被保険者等)が富山市内に住所を有している方。

但し、18歳の時点で認定患者となっており、引き続き治療が必要であると認められる場合は20歳到達まで延長できます。
※疾病ごとに認定基準があります。

2 申請方法

次の必要書類を、保健所保健予防課、または市内各保健福祉センターに提出してください。

(郵送の場合は、保健所保健予防課へ送付してください。郵送にかかる費用は各自でご負担下さい。)



☑欄	必 要 書 類
	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 ・マイナンバー(個人番号)を支給認定申請書等に記載する必要があります。 ・申請時に、マイナンバーの記載が必要な方の「マイナンバーカード」又は「マイナンバー通知カード」をお持ちください。※マイナンバー通知カードは記載内容に変更がある場合は確認に使用できません。 ・成人年齢引き下げに伴い、18歳以上20歳未満の方は、本人名義での申請手続きが必要です。「支給認定申請書」の申請者には、受診者氏名をご記入ください。
	小児慢性特定疾病医療意見書 (※複数の疾病を申請する場合は、疾病毎の意見書を提出してください)
	受診者及び保護者の属する世帯全員の住民票 (◆血友病等「先天性血液凝固因子異常」に属する疾病の方は、本人の住民票または健康保険証、マイナンバーカード、免許証等の住所が分かる書類を提出してください。) ※受診者と保護者の住民票が異なる場合は、それぞれの住民票が必要です。 ※「①支給認定申請書」の※8に「同意します」の場合は、申請時に富山市に住民票がある方の分は提出不要です。
	医療意見書の研究利用についての同意書
	市民税所得・課税証明書(または非課税証明書) (別紙1参照) (◆血友病等「先天性血液凝固因子異常」に属する疾病の方は、提出不要です。) ※4～6月の申請の場合：前年度分(「①支給認定申請書」の※8に「同意します」の場合は、前年1月1日現在富山市に住民票のある方の分は提出不要です。) 7～3月の申請の場合：当該年度分(「①支給認定申請書」の※8に「同意します」の場合は、7～12月の申請の場合は同年1月1日現在、1～3月の場合は前年1月1日現在、富山市に住民票のある方の分は提出不要です。)※中学生以下は不要です。 ※上記で提出不要でも、ご加入の医療保険や課税状況によって、提出が必要な場合があります。別紙1をご確認のうえ、該当される場合はご提出ください。 ※生活保護を受給の方は、「生活保護証明」の写しをご提出ください。 ※正当な理由がなく、書類の提出がない場合、自己負担限度額は最高額となります。
	健康保険証の写し (別紙1参照) ・ご加入の医療保険によって提出が必要な方の範囲が異なります。別紙1をご確認のうえ、ご提出ください。 ※限度額適用認定証等がある方は、その写しも提出してください。
	同意書
	高額療養費の所得区分の確認に伴う必要書類 (別紙2参照)
重症申請の方のみ	重症患者認定申告書
	診断書(重症患者認定用) ※医療意見書とともに医療機関で記載してもらってください。 身体障害者手帳(1級、2級)の写し ※小児慢性特定疾病を原因とする記載のあるものに限りです。
右記該当者のみ	人工呼吸器等装着者証明書 ※医療意見書とともに医療機関で記載してもらってください。
	受診者と同じ医療保険に加入する方の小児慢性特定疾病医療受給者証または特定医療費(指定難病)受給者証(受診者のものも含む)の写し
転入者のみ	転出元の自治体で発行された受給者証、転入者用同意書

※市外からの転入者について、転出元の自治体に意見書を提出依頼することに同意された場合は、申請者からの意見書の提出は不要になります。

3 留意点

- (1) 認定された場合、小児慢性特定疾病医療受給者証が交付されます。令和5年10月1日より、有効期間の開始日は、「診断日」もしくは申請日から1か月さかのぼった日のどちらか遅い日となります。意見書を含め、すべての書類をそろえてからご提出ください。申請日からのさかのぼりの期間は原則1か月となり、指定医が意見書の作成に期間を要した場合や入院その他緊急の治療が必要であった場合など、診断日から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場合は、最長3か月となります。
- (2) 本助成の対象となる医療は、認定された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- (3) 小児慢性特定疾病医療受給者証は、小児慢性特定疾病指定医療機関で使用できます。(ただし、緊急時に受診した場合は、保健所保健予防課までお問い合わせください)
- (4) 有効期間後も引き続き受給の継続を希望される場合は、年に1回、更新申請の手続きが必要になります。



4 自己負担上限月額について

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額(*1) (患者負担割合:2割、外来+入院)		
			一般	重症(*2)	人工呼吸器等装着者
I	生活保護		0	0	0
II	市町村民税 非課税 (世帯)	低所得 I (~80万円)	1,250	1,250	500
III		低所得 II (80万円超~)	2,500	2,500	
IV	一般所得 I : 市町村民税課税額以上 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			標準負担額の1/2自己負担(*3)		

- (*1) 自己負担上限月額には、病院・診療所の受診、薬局での保険調剤、医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護を合算して適用します。
- (*2) ①または②のいずれかに該当する場合
 ①重症患者基準に適合する方
 ②重症患者に該当するかは基準があります。申請の際は、主治医にご相談ください。
 ②高額な医療が長期的に継続する方
 ③支給認定を受けてから、対象疾病に関する医療費総額が5万円を超えた月が、申請する月以前の12か月の間に6回以上ある場合。該当になった場合は、窓口でご申請ください。
- (*3) 標準負担額は課税状況により異なります。標準負担額の1/2は自己負担、残り1/2は公費負担となります。

※血友病等「先天性血液凝固因子異常」に属する疾病の方は、自己負担及び入院時の食費は無料となります。

◆ 申請窓口



富山市保健所保健予防課	〒939-8588	富山市蜷川459-1	TEL:076-428-1152
中央保健福祉センター	〒930-0065	富山市星井町二丁目7-30	TEL:076-422-1172
北保健福祉センター	〒931-8353	富山市岩瀬文化町23-2	TEL:076-426-0050
大沢野保健福祉センター	〒939-2293	富山市高内365	TEL:076-467-5812
大山保健福祉センター	〒930-1392	富山市上滝567	TEL:076-483-1727
八尾保健福祉センター	〒939-2398	富山市八尾町福島200	TEL:076-455-2474
西保健福祉センター	〒939-2603	富山市婦中町羽根1105-7	TEL:076-469-0770