

## 令和 7 年度小児慢性特定疾病医療受給者証の更新申請手続について

## 1 申請に必要な書類

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（様式第 1 号）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書<br>・各指定医療機関で「小児慢性特定疾病情報センター（ <a href="https://www.shouman.jp/">https://www.shouman.jp/</a> ）」から様式をダウンロードしてもらい、指定医に記載を依頼してください。 <u>主に治療を受けている 1 か所の医療機関分（1 部）</u> を提出してください。画像データの添付は不要です。 <u>※最新の様式でない場合、後日照会をする可能性があります。</u><br>・複数疾病のある方は、それぞれの疾病の医療意見書が必要です。<br>・申請日から 3 か月以内に記載されたものに限りです。作成までに時間を要する場合がありますので、提出が遅くなる場合には保健所に御連絡ください。                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 世帯全員分の住民票<br>・発行から 3 か月以内で、「続柄」の記載があるものを提出してください。<br>・必要に応じてマイナンバーが記載されているものを取得してください。<br>（マイナンバーカード等の持参により、受診者と申請者（被保険者）分のマイナンバーを確認できる場合は、住民票への記載は不要です（裏面参照））                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が確認できる資料<br><b>【資料の例】</b> ※①～④のいずれかにより提出してください。<br>①保険証（被保険者証）      ②資格情報のお知らせ<br>③資格確認書                  ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」<br><b>【注意事項】</b><br>受診児本人が加入している医療保険の種類により提出していただく対象者が異なりますので下部を参照願います。                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1 市町村の国民健康保険、国民健康保険組合（医師国保、建設国保など）の方<br><u>受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方の資料</u> を提出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 被用者保険（社会保険）の方（健保協会、組合、共済など）<br><u>受診者の資料</u> を提出<br>※④を提出する場合、被保険者氏名が確認できる画面を印刷して提出してください。<br>※お子さんの資格情報で被保険者氏名が記載されていない場合は、被保険者の資格情報が確認できる書類も提出してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 世帯の市民税額等を証明する書類（提出いただく対象者は受診者の加入している医療保険の種類により異なります）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1 市町村の国民健康保険、国民健康保険組合の方<br><u>受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方全員分の令和 7 年度市町村民税所得課税（非課税）証明書</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2 被用者保険（社会保険）の方<br><u>被保険者分の令和 7 年度市町村民税所得課税（非課税）証明書</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3 生活保護世帯の方<br><u>生活保護受給証明書</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>【注意事項】</b><br>・源泉徴収票・税務署発行の納税証明書、確定申告書では受付できません。<br>・市町村に収入未申告の方は、所得課税証明書が交付されません。収入を申告の上、交付を受けてください。<br>・受診者と申請者が受診者の就職などによって別世帯（別保険証）になった場合は、受診者の所得課税証明書を提出いただきますが、受診者が非課税の場合は、申請者の所得課税証明書が必要となる場合があります。<br>・お住まいの市役所・町村役場で発行できます。市町村によって証明書の名称が異なる場合があります。令和 7 年度（令和 6 年分）の証明書の交付開始日は、お住まいの市町村によって異なります（6 月以降順次）のでご注意ください。<br><b>【提出が不要な方】</b><br>・先天性フィブリノーゲン欠乏症、先天性プロトロンビン欠乏症、第 V 因子欠乏症、第 VII 因子欠乏症、血友病 A、血友病 B、第 X、X I、X II、X III 因子欠乏症、フォンウィルブランド病に該当する方（非課税世帯の方は提出） |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>【非課税世帯の方】</b></p> <p>・市町村民税非課税世帯で、申請者に「障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、寡婦年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当」による収入がある場合は、令和6年分（1～12月分）の受給額がわかる書類（通帳、振込通知書のいずれかの写しなど金額の確認できるもの）を併せて提出してください。</p>                                                                                                                                                                                            |
| <p><input type="checkbox"/> <b>保険者からの情報提供に係る同意書（別紙）</b></p> <p>・現在お持ちの医療受給者証に記載の<u>医療保険情報に変更</u>があった場合、<u>被用者保険加入者で非課税の場合、国民健康保険組合の場合は、</u>保険者への照会が必要になるため提出してください。</p>                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><input type="checkbox"/> <b>小児慢性特定疾病医療受給者証、自己負担上限額管理票</b></p> <p>・郵送にて申請する場合は写し（自己負担上限額管理票は直近1年分）を添付してください。</p> <p>・月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年6回以上ある場合、「高額かつ長期」に該当し、自己負担上限月額が減額（1/2）される場合があります。（非課税世帯やすでに重症認定を受けている世帯などは除く。）</p>                                                                                                                                                               |
| <p><input type="checkbox"/> <b>重症患者認定申請書（様式第2号）</b></p> <p>・「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に該当する方は提出してください。</p> <p>・身体障害者手帳（対象疾病が記載されたもの）をお持ちの方は、手帳の写しを提出してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><input type="checkbox"/> <b>人工呼吸器等装着者であることを証明する書類（様式第3号）</b></p> <p>・該当する場合は、指定医に記入を依頼してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><input type="checkbox"/> <b>同一世帯内で、他に小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費（指定難病）の受給者がいることを証明する書類（該当する場合のみ、受給者証の写しを提出してください）</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><input type="checkbox"/> <b>特定疾病療養受給証の写し（該当する方（血友病A・B）は提出してください）</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><input type="checkbox"/> <b>「限度額適用認定証」又は「標準負担額減額認定証」の写し（お持ちの方は写しを提出してください）</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><input type="checkbox"/> <b>マイナンバーを確認するための書類（同一世帯員分）</b></p> <p>・受診者と申請者（被保険者）分のマイナンバーについて、世帯員が変わった場合には、①～③のいずれかの写しを提出してください。これまで受診者と申請者（被保険者）分を提出したことがある場合は、不要です。</p> <p>①マイナンバーカード</p> <p>②通知カード（記載された氏名、住所が住民票に記載されている内容と一致しているものに限りま<br/>す。一致していない場合は有効にはなりませんので①又は③を準備してください）と身元確認証（運<br/>転免許証など顔写真が掲載されている証明書）</p> <p>③マイナンバーが記載された住民票（写しで可）と身元確認証（運転免許証など顔写真が掲載され<br/>ている証明書）</p> |

## 2 提出期限

**令和7年8月5日(火)**

## 3 注意事項

- 申請書の提出は、所管の保健所への持参又は郵送により御提出ください。  
なお、持参される場合は保健所の開所時間（9:00～17:00）を厳守してください。申請書等は、あらかじめ必要事項を記入した上での持参にご協力ください。
- 期限以降の提出の場合、医療受給者証のお届けが10月以降となる可能性があります。
- 書類に不備があった場合、審査に日数を要しますので、医療受給者証の発行が遅れる場合があります。
- 受給者証の有効期間内に継続申請の手続きをしなかった場合は、新規申請扱いとなり、原則認定日から助成が適用されます。なお、18歳以上で継続申請をしなかった場合、その後の受給はできなくなります（再申請不可）のでご注意ください。
- 受給者証の有効期間内に医療意見書の提出が間に合わない場合は、必ず有効期間内に所管の保健所へご相談ください。
- 今回、更新申請を行わない場合は、お手順ですが所管の保健所にご連絡ください。
- 更新申請時、または更新申請後に、医療受給者証に記載された事項や申請した事項に変更があった場合は、別途変更申請が必要となります。詳しくは所管の保健所にお問合せください。
- 18歳以上の成年患者の方の申請は、原則保護者名ではなく本人名で行う必要があります。