

## 松本市小児慢性特定疾病医療費助成制度の申請について



この制度は、原則18歳未満の患者さんを対象とし、特定の疾病治療に係る医療費の自己負担分の一部を公費によって助成することでご家庭の負担軽減を図るものです。

### ■対象者

保護者が松本市内に住所を有する18歳未満の児童で、厚生労働大臣が定めた慢性疾患に罹患し、都道府県等の指定する指定医により疾病の状態の程度が国の基準に該当すると診断された方。

※18歳到達時点において本制度の医療費助成を受けている場合、20歳未満まで延長可能。

### ■申請手続き

助成を受けたい治療の開始日までに申請をしてください。申請書類は、下記①～⑤です。②医療意見書が遅れる場合は、他の書類のみ先に提出することが可能です。その場合は申請日から2週間以内に医療意見書をご提出ください。申請後、受給者証の交付までに2～3か月程度かかります。

必要書類の提出は、直接松本市役所こども福祉課へお願いします。ただし、来庁が難しい場合は、郵送により受け付けることも可能です。(郵送の場合は、書類の不足や記入漏れ等の不備がないよう十分に注意してください。)

#### <全員必要な書類等>

| 書類名  | 備考  |
|--|---|
| ① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書<br>兼同意書                       | 申請者は原則として受診者の医療保険の被保険者(本人)である保護者。ただし、受診者が被保険者(本人)の場合は、受診者の保護者                         |
| ② 医療意見書(6か月以内に記載のもの)<br>+ (※1療育支援連絡票)              | 「小児慢性特定疾病指定医」が記載のため医療機関へ依頼<br>(対象疾病ごとに様式あり)<br>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<br>(初回)も提出 |
| ③ 世帯員の健康保険証の写し<br>※加入する医療保険の種別により、提出いただく対象者が異なります。 | 【被用者保険(協会健保・健康保険組合・共済組合等)の場合】<br>受診者及び被保険者分<br>【松本市国保・医師・建設国保等の場合】<br>同じ医療保険にご加入の方全員分 |
| ④ 申請者の本人確認ができる書類                                   | ・マイナンバーカード、運転免許証等<br>※申請書兼同意書の提出により、住民情報による家族構成等の<br>事実確認を行います。                       |
| ⑤ 医療意見書の研究等への利用についての同意書                            | 提出は任意   |

②医療意見書は、新規・更新・対象疾病の追加の申請に必要です。各都道府県、政令都市、中核市が指定した「指定医」が作成したものです。

※1 療育支援連絡票

指定医が必要により意見書とともに作成した場合、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。)

<一部の方のみ必要な書類等>

| 書類名 |   | 備考   |
|-----|---|--|
| ⑥   | 訪問看護指示書の写し  | 訪問看護を利用される方のみ  |
| ⑦   | 重症患者認定申告書<br>②の「重症患者認定基準が該当する方」                   | ・松本市所定の様式にて提出してください。<br>・受診者が身体しょうがい障害者手帳1級又は2級をお持ちの場合、その写しを添付してください。                                  |
| ⑧   | 人工呼吸器等装着者証明書<br>②の人工呼吸器等装着者区分が該当する方               | 松本市所定の様式にて主治医(指定医)に作成を依頼   |
| ⑨   | 市町村国保・国保組合(医師国保・建設国保等)にご加入の方                      |  |
|     | ・同意書(保険者照会用)                                      | 松本市所定の様式   |
|     | ・申請者と同じ国保組合にご加入の方全員の所得証明書<br>※市町村国保の方は不要          | 中学生以下で所得無の方は省略可<br>(長野県医師国民健康保険組合の方は省略不可)  |
| ⑩   | 上記保険以外の方(被用者保険にご加入の方で市町村民税が非課税の方)                 |  |
|     | ・所得証明書(非課税証明書)                                    | 申請月が1～6月の場合は前年度、7～12月の場合は今年度の所得証明書(非課税証明書)   |
| ⑪   | 受診者と同一の医療保険上の世帯に、小児慢性特定疾病又は指定難病の対象者がいる場合その受給者証の写し | 申請中の場合は、その旨お申し出ください。   |
| ⑫   | 市町村民税非課税の方で、障害年金や特別扶養手当等を受給されている方                 |  |
|     | ・当該年金等による収入額を証明する書類                               | (振込通知書又は証書の写し) + 振込先口座の通帳<br><b>【対象となる障害年金等】</b><br>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 |
| ⑬   | 委任状   | 窓口に来られる方が、申請者と異なる場合必要です。   |

■自己負担上限額の決定について

小児慢性特定疾病医療費助成制度では、お子様と同じ医療保険に加入しているご家族によって世帯の範囲を設定します。他の医療保険に加入している場合は別の世帯として扱います。また、自己負担上限額の決定のために所得確認をする範囲は、加入している医療保険によって異なります。

未申告の場合は、自己負担上限額が上位所得(階層区分VI)となることがあります。

| 加入している保険               |            | 所得確認の範囲          |
|------------------------|------------|------------------|
| 国民健康保険、国民健康保険組合        |            | 同じ医療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、共済組合など | お子様以外が被保険者 | 被保険者             |
|                        | お子様本人が被保険者 | お子様              |

## 【自己負担上限額表(月額)】

(単位:円)

| 階層区分 |                      | 自己負担限度額(患者割合:2割、外来+入院) |         |           |
|------|----------------------|------------------------|---------|-----------|
|      |                      | 一般                     | 重症(※2)  | 人工呼吸器等装着者 |
| I    | 生活保護等                |                        | 0       |           |
| II   | 市町村民税非課税<br>(※1)     | 低所得Ⅰ(年収80万円以下)         | 1, 250  |           |
| III  |                      | 低所得Ⅱ(年収80万円超)          | 2, 500  |           |
| IV   | 一般所得Ⅰ(市町村民税7.1万円未満)  |                        | 5, 000  | 500       |
| V    | 一般所得Ⅱ(市町村民税25.1万円未満) |                        | 10, 000 |           |
| VI   | 上位所得(市町村民税25.1万円以上)  |                        | 15, 000 |           |
|      |                      | 入院時の食費                 |         |           |

※1 階層区分Ⅱ, Ⅲの「年収」とは、対象児童の保護者の①地方税法上の合計所得、②公的年金、③特別児童扶養手当等の合計を指します。

※2 月額自己負担額上限額表の「重症認定」及び「高額かつ長期」については、下記「①重症患者認定」で詳細をご確認ください。

※ 生活保護、血友病(先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象疾病)の方は、入院時の食事代も含めて自己負担はありません。

### ■自己負担上限額の特例について

#### ①重症患者認定

##### ◇「重症患者認定」について

重症患者認定基準に該当する方は①「疾病の状態が身体障害者手帳1・2級に相当する場合」、②「①に該当しない場合であって、各疾患群に関して定められた重症認定基準に該当する場合」となりますので、主治医にご相談ください。申請には、「重症患者認定申告書(診断書欄は医師が記載)」の提出が必要です。

##### ◇「高額かつ長期」について

お子様の小児慢性特定疾病医療費の支給対象となった医療費総額が申請月から1年以内に5万円を超えた月が6回以上ある方が対象です。申請には医療費総額が5万円を超えた月が6回以上あったことを証明する書類(自己負担上限額管理票の写し又は医療機関が発行する領収書・診療明細書の写し)が必要です。

#### ②人工呼吸器等装着者

常時、人工呼吸器又は体外補助人工心臓を装着し離脱の見込みがなく、食事や更衣、移動に介助が必要な方が対象となります。申請には、医師が記載した「人工呼吸器等装着者証明書」の提出が必要です。

#### ③世帯内按分特例

お子様が加入している医療保険と同じ医療保険に加入している方で、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、自己負担上限額が按分されます。申請には指定難病・小児慢性特定疾病の受給者証の写しが必要です。

## ■申請の承認

申請書類は、松本市小児慢性特定疾病審査会において審査され、承認された方には小児慢性特定疾病医療受給者証が交付されます。有効期間の始期は申請受付日からです。

※松本市での有効期限は申請受付日から本年12月31日です。引き続き治療が必要な場合は、毎年更新申請が必要です。更新申請対象の方には、案内を通知します。(例年9月頃送付しています。)

## ■医療費の支払い

医療保険給付後の額より、保護者が負担する自己負担上限額を控除した額について公費負担されます。自己負担上限額(入院+外来)は、医療受給者証に記載されます。

## ■医療費の償還払い

受給の申請をしてから受給者証の交付を受けるまでの期間の診療で、自己負担上限額を超えて医療費及び食費を支払った場合は、償還払いの申請手続きを行うことで、自己負担上限月額を超えた分の医療費と食費の1/2自己負担額が返還されます。詳しくは下記担当へお問い合わせ下さい。

## ■その他の支給認定申請手続き

以下に該当する場合は、その事由が生じた都度、申請の手続きが必要となります。

- ・受診する医療機関の追加、変更する場合
- ・月額自己負担上限額が変更となる場合
- ・疾病を変更・追加する場合又は成長ホルモン治療を追加する場合

## ■受給者証記載事項変更届出手続き

以下に該当する場合は、その事由が生じた都度、届出の手続きが必要となります。

- ・児童に関する事項(氏名・住所等)
- ・保護者に関する情報(氏名・住所・電話番号等)
- ・公的医療保険証に関する事項
- ・医療保険の適用区分

## ■その他の手続き

- ・松本市外への転出、松本市外からの転入

松本市外へ転出した日以降は、松本市が発行した受給者証は使用できなくなります。受給者証については松本市へ返却してください。

・受給者証をお持ちの方が松本市へ転入された場合は、本市の受給者証への切替手続きが必要になります。

## ■小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業について

小児慢性特定疾病医療費助成制度の認定を受けた児童のうち、日常生活を営むのに著しく支障のある人に対し、日常生活用具を給付しています。給付には要件や自己負担額があり、事前申請となりますので、購入前に下記担当へお問い合わせ下さい。

## <申請先・お問い合わせ先>

松本市役所 こども福祉課

住所:〒390-8620 松本市丸の内3番7号 電話:0263-33-9855(直通)