

提出書類（新規・更新）について【重要】

- ・申請をされてから医療受給者証がお手元に届くまで、1か月半～2か月程度かかります。
- ・更新の申請手続きは、医療受給者証に記載された有効期間内にお済ませください。
- ・18歳以降は手続きが遅れると更新できませんのでご注意願います。18歳以上の成人患者は本人が申請してください。本人以外が手続きを行う場合は本人からの委任状が必要です。

① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書【必須】

- ・申請者は保護者又は18歳以上の成人患者である必要があります（保護権を持たない祖父母等は不可）。

| 患者年齢 | 医療保険等の種類 | 申請者 |
|-------|-------------------------|--|
| 18歳未満 | 被用者保険（健康保険組合、協会けんぽ、共済等） | 被保険者（医療保険で患者を扶養している方） ※単身赴任等で被保険者が患者と同居していない場合、患者と同居する保護者でも可 |
| | 国民健康保険（区市町村、国民健康保険組合） | ・（区市町村）世帯主（国保組合）組合員（世帯主・組合員が同じ国民保険に加入している保護者である場合） ・保護者（世帯主・組合員が祖父母等で患者の保護者でない場合） |
| 18歳以上 | 全て | 成年患者本人 |

- ・受診する医療機関が小児慢性特定疾病指定医療機関であることをご確認の上、受診医療機関欄に医療機関名をご記入ください。（指定医療機関は医療機関が所在する都道府県等のホームページでご確認ください。）
なお、受給者証には「全国の小児慢性特定疾病指定医療機関」と記載を統一しています。
- ・同一世帯に、小児慢性特定疾病又は難病医療費の助成を受けている方がいる場合は、該当者の氏名と受給者番号を記載し、難病医療費については受給者証の写しと保険証の写しを添付してください。

② 小児慢性特定疾病医療意見書【必須】

- ・医療意見書の有効期間は、申請日から起算して**3か月以内**に記載されたものです。
- ・受診している医療機関に、**国の定めた様式**での作成を依頼してください。（区からは送付していません。）
- ・**指定医以外の医師が記載した意見書は無効**です。（指定医であることを医療機関に確認してください。）
- ・人工呼吸器等装着者認定を申請される方は、⑭の「人工呼吸器等装着者申請書添付書類」も併せて医療機関に依頼してください。

③ 世帯調書【必須】

世帯調書には、対象者のマイナンバーを必ず記載してください。マイナンバーを記載する対象者は、患者の属する医療保険等に応じて下記のとおりです。なお18歳以上の成人患者の場合、申請者と患者は同一人です。

| 医療保険等の種類 | マイナンバーの記載が必要な対象者 | | | |
|----------|------------------|----|------|---------|
| | 申請者 | 患者 | 被保険者 | その他世帯員 |
| 被用者保険 | ○ | ○ | ○（※） | × |
| 国民健康保険 | ○ | ○ | - | ○（全世帯員） |
| 生活保護 | ○ | ○ | - | × |

※申請者が被保険者でない場合（父（被保険者）が単身赴任中で母が申請者である場合等）は、被保険者のマイナンバーも記載してください。

④ マイナンバーを確認する書類【必須】

③で記載されたマイナンバーを確認するための書類です（以下のいずれか）。

- ・対象者のマイナンバーカード（個人番号カード）の写し（表裏両面）
 - ・対象者の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（写しでも可）
 - ・対象者の通知カードの写し（改正や転居等により変更があり、変更手続きが取られていない場合は不可）
- ※通知カードの廃止以降、代わりに発行される「個人番号通知書」は、確認書類として使用できません。

⑤ 公的年金等の収入等に係る申出書【必須】

申出書の②に該当する場合は、公的年金等の種類と金額を証明する書類（年金証書など）の写しを添付してください。

⑥ 資格確認書（健康保険証）の写し【必須】

- ・患者・被保険者等の氏名、保険者番号、記号、番号が分かる写しをご提出ください。
- ・国民健康保険の方は、**住民票における世帯全員（別保険の方を含む）**の写しをご提出ください。
- ・被用者保険（国民健康保険以外）の方は、**患者**の写しをご提出ください。

⑦ 保険者からの情報提供にかかる同意書【必須】

医療費助成の給付を行うにあたり、文京区が加入の保険者に健康保険上の所得区分に関する情報の確認を行います

⑧ 区市町村民税（非）課税証明書【該当者は提出必須】

以下の（１）または（２）に該当する方は、⑦の「保険者からの情報提供にかかる同意書」及び「区市町村民税（非課税）証明書（原本）」の提出が必要です。

- （１）国民健康保険組合に加入されている方（全員）
 - （２）被用者保険かつ区市町村民税が非課税の方（被保険者区分）
- ・収入及び所得額、所得割額が記載されているものに限りです。

【加入保険等別 課税確認書類一覧】

| 加入保険 | 書類 |
|--------------------|--|
| （１）国民健康保険組合 | ・ 世帯全員 の区市町村民税課税（非課税）証明書（原本） （扶養であることが確認できる方の証明書は、原則として省略可） ・ 保険者からの情報提供にかかる同意書 |
| （２）被用者保険かつ住民税非課税世帯 | ・ 被保険者の区市町村民税課税（非課税）証明書（原本） ・ 保険者からの情報提供にかかる同意書 |
| 生活保護受給者 | 生活保護受給者証明書（写し可） ただし、被用者保険加入の場合は区市町村民税課税（非課税）証明書 |

・申請月によって必要な課税（非課税）証明書の年度が異なります。以下の表をご確認ください。

| 申請日 | 必要な書類 |
|-----------|------------------|
| 1月から6月まで | 前年度住民税課税（非課税）証明書 |
| 7月から12月まで | 今年度住民税課税（非課税）証明書 |

⑨ 委任状【該当者は必須】

- ・申請者以外の者が申請する場合、委任状の記載が必要となります。誰が申請者となるかは①を参照。
(例)申請者が父(被用者保険の被保険者/国民健康保険の世帯主又は組合員)だが、窓口で母が申請する場合⇒委任者:父(申請者)、受任者(窓口で申請する方):母
- ・18歳以上の成人患者で本人以外が申請する場合、患者本人が記載した委任状が必要です。

⑩ マル長の写し【該当者は必須】

- ・血友病等の場合で「特定疾病療養受療者証(マル長)」をお持ちの方は、その写しをご提出ください。
なお、マル長の申請がまだの場合は、保険者(健康保険組合等)に申請手続を必ず行ってください。

⑪ マル児の写し【該当者は必須】

- ・申請者が里親や児童養護施設長の場合は、児童相談所が交付する受診券(マル児受診券)の写しを添付してください。

⑫ 重症患者認定申告書【任意】

- ・認定基準に該当する場合、住民税が非課税でなければ自己負担上限額が軽減されます。申請いただいたのち、認定基準に適合するかの審査をします。審査の結果、重症患者認定の対象とならない場合もあります。
- ・重症患者の認定を申請される方は、重症患者認定基準をご確認のうえ、「重症患者認定申告書」をご提出ください。
- ・「重症患者認定申告書」は「小児慢性特定疾病情報センター」ホームページからダウンロードできるほか、申請窓口でも配付しています。
- ・疾病の程度や状態により、ご提出いただく必要書類が異なります。
以下をご確認ください。

| 重症等の対象区分 | | 必要な書類 |
|-------------|--|--|
| 重症患者① | 眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、 肢体の機能のいずれかの部位で、身体 障害者手帳1級・2級に認定、または 障害年金1級を受給している (心臓など内部障害は対象外) | ・重症患者認定申告書 ・身体障害者手帳1級、2級(氏名、対象部位が分 かる箇所)の写し、又は障害年金証書1級の写しを 添付 |
| 重症患者② | 小児慢性特定疾病医療費給付対象と して認定されている疾患の重症患者 認定基準に該当する。 | ・重症患者認定申告書 ・医療意見書(重症患者認定基準に該当すると記載 あり) |
| 高額治療継 続者 | 月の医療費総額が5万円を超える月 が年に6回以上ある場合 | ・重症患者認定申告書 ・医療費総額が確認できる書類(⑬参照) |

⑬ 高額かつ長期の証明書(更新申請のみ)

- ・医療費支給認定を受けた小児慢性特定疾病の治療において、医療費総額(入院時食事療養は除く)(10割分)が5万円を超過する月が、申請月を含めた直近12か月で、6回以上ある場合、自己負担上限額が軽減される場合があります。(⑱参照)。

「重症患者認定申告書」に次のうちいずれか一点を添付してください。

- (1) 自己負担上限額管理票の写し
- (2) 診療報酬明細書または明細の記載された領収書の写し
- (3) 療養証明書

⑭ 人工呼吸器等装着者申請時添付資料【任意】

- ・申請する疾患に起因して人工呼吸器又は補助人工心臓を常時装着している方で、人工呼吸器装着者認定を申請される方は、受診している医療機関に「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」の作成を依頼してください。(添付書類がない場合は、人工呼吸器等装着者の認定はできません。)
- ・申請を希望する方は人工呼吸器装着者申請時添付資料をダウンロードし、医師が記載したものをご提出ください。
- ・該当する場合、上限額が軽減されます。

⑮ 指定難病医療受給者証の写し及び資格確認書(健康保険証)の写し【任意】

- ・同一世帯(※患者と同一保険加入)に難病又は小児慢性の医療費助成を受けている方がいる場合は、自己負担上限額が世帯単位で按分され、自己負担上限額が軽減されます。ただし、支給認定患者が同一の疾病で小児慢性と難病支給認定を受けている場合を除きます。
- ・該当する場合、住民税が非課税でなければ自己負担上限額が軽減されます。
支給認定申請書(①)に対象者の氏名と受給者番号を記載のうえ、難病医療費については**難病医療費の受給者証の写しと資格確認書(健康保険証)の写し**を添付してください。(小児慢性特定疾病は添付不要)

例：同一世帯に難病の認定者がおり、難病の上限額が3万円、小児慢性の上限額が1万円の場合

難病の上限額 $30,000 \text{円} \times (30,000 \text{円} \div (30,000 \text{円} + 10,000 \text{円})) = 22,500 \text{円}$

小児慢性の上限額 $30,000 \text{円} \times (10,000 \text{円} \div (30,000 \text{円} + 10,000 \text{円})) = 7,500 \text{円}$

⑯ 他自治体で発行した受給者証(写)・同意書(区外転入者用)【転入者必須】

区外の自治体で小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている方が区内に転入した場合、転入前の自治体で発行した医療受給者証(写)及び自治体への情報提供等についての同意書をご提出ください。

⑰ 申請書類提出者の身元確認

マイナンバーを記載した申請を受け付ける場合、申請書類を提出する方の身元確認を行います。

身元確認は、下記「確認証A」又は「確認証B」を市町村の窓口に掲示することにより行いますので、申請書類を市町村の申請窓口へ提出する方は、「確認証A」又は「確認証B」をご用意ください。

確認証A

- **本人の顔写真、氏名、生年月日又は住所**が掲載されている官公署の発行した証、又はそれに類するもの

個人番号カード、運転免許証(経歴証明書でも可)、旅券(パスポート)、在留カード、住基カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳、船員手帳、小型船舶操縦免許証、戦傷病者手帳、海技免状、猟銃・空気銃所持許可証、宅地建物取引主任者証、電気工事士免状、無線従事者免許証、認定電気工事従事者認定証、特殊電気工事資格者認定証、耐空検査員の証、航空従事者技能証明書、運航管理者技能検定合格証明書、動力車操縦者運転免許証、教習資格認定証、検定合格証、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳、官公署がその職員に対して発行した職員証等のうちいずれか1つ

確認証B

- 上記、**確認証Aの提示が困難な場合**(本人の氏名と生年月日が記載されていることが条件)

資格確認書(健康保険証)、年金手帳、児童養手当証書、特別児配扶養手当証書、ひとり親受給者証、生活保護受給証明書、母子健康手帳、官公署が交付した証等のうちいずれか2つ

注1) 提出者の身元確認については、**確認証Aで行うことが原則**です。そのため、確認証Bについては、確認証Aを所有していない場合のみ使用することができます。

注2) 確認証に記載されている住所、氏名又は生年月日について、記載内容と事実と相違がある場合は、変更等を証明する書類(住所は住民票(住所履歴記載のもの)、氏名は戸籍謄本等)が別途必要です。

⑱ 自己負担額上限額表

| 階層区分 | 階層区分の基準 | | 自己負担上限額 (患者割合：2割、外来+入院) | | | |
|--------|---|-------------------------------|----------------------------|------------|-------------------|----------------------------|
| | | | 一般 | 重症 (注1) | 人工呼 吸器等 装着者 | 生活保護法の 被保護世帯又 は血友病患者 |
| 1 | 生活保護法の被保護世帯 | | - | | | 0 |
| 2 | 市町村民税 又は特別区 民税が非課 税の世帯 | 低所得Ⅰ（保護者 所得 80.9 万円以 下） | 1,250 | | 500 | - |
| 3 | | 低所得Ⅱ（保護者 所得 80.9 万円超） | 1,250 | | | |
| 4 | 一般所得Ⅰ：市町村民税又は特 別区民税の所得割額が 7.1 万円 未満 | | 5,000 | 2,500 | | |
| 5 | 一般所得Ⅱ：市町村民税又は特 別区民税の所得割額が 7.1 万円 以上、25.1 万円未満 | | 10,000 | 5,000 | | |
| 6 | 上位所得：市町村民税又は特別 区民税所得割額が 25.1 万円以上 の世帯 | | 15,000 | 10,000 | | |
| 入院時の食費 | | | 1/2 自己負担 | | | |

階層区分 2,3 について
非課税世帯の収入 80.9
万円については、支給認
定保護者(患者が 18 歳以
上の場合、本人の収
入)で判断する。

注 1) 重症：次のいずれかに該当する方

- ①高額治療継続者（医療費総額が 5 万円／月を超える年が年間 6 回以上ある場合）
- ②重症患者基準に適合する方

【申請窓口】

| 施設名 | 住所 | 電話番号 |
|-----------------|------------------|--------------|
| 保健サービスセンター | 文京区春日 1-16-21-8F | 03-5803-1805 |
| 保健サービスセンター 本郷支所 | 文京区千駄木 5-20-18 | 03-3821-5106 |

その他不明な点等については、以下にお問い合わせください。

文京区 保健衛生部 予防対策課 精神保健担当
〒112-8555 文京区春日 1-16-21 文京シビックセンター8 階
電話：03-5803-1230