

# 小児慢性特定疾病医療費助成 新規申請手続きについて

2026年03月半田保健所

## 小児慢性特定疾病医療費助成制度について

- 小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する国の制度です。
- 自己負担を2割として、所得に応じた自己負担上限月額が設定されます。  
また、**入院時の食事療養費を1/2で精算することができます。**
- 18歳未満の児童が対象ですが、更新手続きにより、20歳到達の前日まで受給可能です。
- 助成期間の開始日及び終了日は、以下のとおりです。
  - ・ 助成開始日：申請日から、次の①及び②のうちの、遅い日付まで遡ることができます。
    - ① 指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日
    - ② 当該支給認定の申請のあった日から原則1か月前の日
 ※ 医療意見書の受領に時間を要した場合など、やむを得ない理由があると認められるときは、**最長3か月前の日まで支給開始日を遡りができる場合があります。**
  - ・ 助成終了日：申請日の翌年の3月末まで。
- 有効期間満了後も引き続き助成を希望される場合には、**年に一度、12月から翌年3月末までに更新申請のお手続きをする必要があります。**
- 医療費助成は、都道府県知事から指定を受けた医療機関でのみ適用されます。
- 自己負担上限月額表 (単位：円)

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割		
			自己負担上限月額 (外来+入院+薬代+訪看等)		
			一般	重症 (※1)	人工呼吸器等 装着者(※2)
生活保護 (A)	①生活保護受給者 ②血友病患者 ③中国残留邦人対象世帯 ④境界層減免対象世帯		0		
低所得Ⅰ (B1)	市町村民税 非課税世帯	申請者の年収 80.9万円以下	1,250		500
低所得Ⅱ (B2)		申請者の年収 80.9万円超え	2,500		
一般所得Ⅰ (C1)	市町村民税課税以上 所得割 7.1万円未満		5,000	2,500	
一般所得Ⅱ (C2)	市町村民税(所得割) 7.1万円以上 25.1万円未満		10,000	5,000	
上位所得 (D)	市町村民税(所得割) 25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食事療養費			1/2自己負担		

※1「重症」とは、次の①又は②に該当する方です。

- ① 高額治療継続者：医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある場合。
- ② 重症患者認定基準：小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当する場合。

※2「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を**常時**使用している方が対象です。

## 問い合わせ先

- 半田保健所 総務企画課 (0569)-21-3341 〒475-0903 半田市出口町1丁目45番地4
- 半田保健所 美浜駐在 (0569)-82-0078 〒470-2409 知多郡美浜町大字河和字上前田403

# 新規申請の書類について

## ● 全員に必要な書類

①	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 および 各同意書	保健所でお渡しします。②から⑥までの書類を揃えて、保健所へお越しください。	
②	医療意見書（診断書）	小児慢性指定医が作成した「記載日」から概ね3か月以内のもの。	
③	「世帯全員の住民票の写し」の原本	役場で取得できます。「続柄」必須で、発行から概ね3か月以内のもの。 ※「個人番号記載有」の場合、⑤と兼ねることができます。	
*以下④⑤⑥の書類は、患者の加入する公的医療保険の種別により、提出・確認が必要となる対象者が異なります。		患者の加入する医療保険の種別と各書類の対象者	
		被用者保険 (社会保険・共済組合)	国保・ 国保組合
④	<p><b>公的医療保険の加入状況の確認</b></p> <p>以下いずれかの方法により、対象者全員確認します。</p> <p><b>i) 紙の証明書の写し（以下いずれか）を提出する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>資格確認書</li> <li>資格情報のお知らせ</li> <li>マイナポータルから取得する「医療保険の資格情報」の pdf</li> </ul> <p><b>ii) マイナンバー情報連携を利用する</b></p> <p>個人番号を利用して、行政システム上で加入保険情報を確認することを同意していただくことで、紙の証明書の提出は省略する。 ※情報連携を利用できるのは、加入医療保険の種別(「社会保険」「共済組合」「市町村国保」「国保組合」)が明らかな場合に限りです。 ※情報連携により保険情報を確認できなかった場合、後日「i)紙の証明書の写し」のご提出が必要になりますので、予めご了承ください。</p>	<p>取得方法は3ページ下部参照</p> <p>被保険者と患者本人 <b>2人分</b></p> <p>※被保険者とは、扶養している方のこと</p>	<p>住民票上で患者と同じ保険に加入する<b>全員分</b></p>
⑤	<p><b>個人番号（マイナンバー）の確認</b></p> <p>申請書の裏面に対象者のマイナンバーを記入して頂きます。突合・身元確認のため、以下いずれかお持ちください。</p> <p><b>ア) 個人番号が記載された「世帯全員の住民票の写し」</b> ※「続柄」も記載有りの場合、③と兼ねることができます。</p> <p><b>イ) 個人番号（マイナンバー）カード</b></p> <p><b>ウ) 個人番号の通知カード</b> ※住民票と記載事項が一致する場合に限る</p>		
⑥	<p><b>市町村民税の課税状況が確認できる書類</b></p> <p>※証明年度：1-6月申請は前年度、7-12月申請は当年度</p> <p>以下いずれかの書類を提出してください。</p> <p><b>ア) 所得・課税証明書【役場】</b></p> <p>※非課税の方は「非課税証明書、収入金額記載有り」</p> <p><b>イ) 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書【勤め先】</b></p> <p><b>ウ) 市町村民税の税額決定・納税通知書【市町村】</b></p> <p>※源泉徴収票・確定申告書では受付できません。 ※1月1日時点で政令都市（名古屋市等）に住所を有していた方は、「ア：所得・課税証明書」でしか受付できません。</p>	<p>被保険者 <b>1人分(※)</b></p> <p>※被用者で2人分必要な場合があります ・患者が18歳未満で被保険者かつ非課税の場合、保護者の分も</p>	<p>住民票上で患者と同じ保険に加入する<b>全員分</b></p> <p>※但し、高校1年生以下の分は省略可</p>

# 新規申請の書類について

## ● 該当する場合に必要な書類

⑦	<p><b>市町村民税非課税世帯の方</b> 以下の給付を受けている場合、 <u>その金額を証明する書類の写し</u> (※)</p> <p>障害年金、遺族年金、寡婦年金、 労災障害補償給付、特別児童扶養手当、 障害児福祉手当、特別障害者手当、 国民年金法等の一部を改正する法律附則 第97条第1項の規定による福祉手当</p> <p>(※)「金額を証明する書類の写し」は、以下いずれか ・ 暦年での振込額が確認できる通帳の写し ・ 2か年度分の年額決定通知書の写し</p>	<p>非課税世帯に該当する場合、申請者の収入金額により自己負担上限月額を決定します。 左記に該当される場合は提出してください。</p> <p>なお、左記の給付および「⑥非課税証明書、収入金額記載有り」の合計が80.9万円を超えることが明らかである場合は、その旨申告して頂ければ、左記の書類の提出は省略可能です。(⑥は必須書類です)</p>
⑧	<p><b>重症申告書</b>(様式第3号) および <b>身体障害者手帳・療育手帳の写し</b></p>	<p>小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当し、申告される方は提出してください。承認された場合、自己負担上限額が軽減されます。</p> <p>* 手帳をお持ちの方は該当する可能性がありますので、ご提示ください。</p>
⑨	<p><b>人工呼吸器装着者証明書</b>(様式第4号)</p>	<p>医師に作成していただく証明書です。 人工呼吸器等の生命維持装置を<b>常時</b>使用している方が対象で、自己負担上限額が500円で認定されます。</p>
⑩	<p><b>世帯員の指定難病および小児慢性の受給者証の写し</b></p>	<p>医療保険上の同一世帯内に指定難病および小児慢性の受給者がいる場合、「世帯内按分特例」に該当し、自己負担上限額が軽減されます。その受給者証の写しを提出してください。</p>
⑪	<p><b>生活保護受給証明書</b> または <b>境界層該当証明書</b></p>	<p>左記に該当する方は提出してください。 なお、該当する方は「⑥課税状況が確認できる書類」の提出は不要です。</p>
⑫	<p><b>[血友病患者の方]</b> <b>特定疾病療養受療証の写し</b></p>	<p>左記に該当する方は提出してください。 なお、該当する方は「⑥課税状況が確認できる書類」の提出は不要です。</p>

## マイナポータルで医療保険の資格情報を確認する方法



# 小児慢性 新規 申請書 記入例

※グレー部分は保健所記入欄です。その他はすべてご記入をお願いします。

様式第1号

## 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)

患者の加入医療保険により記入してください。  
被用者保険：被保険者 その他：同居の保護者

※1

令和 年 月 日

愛知県 半田 保健所長殿

申請者 半田 △△

保健所に提出した日付

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

※受給者番号	
フリガナ	ハンダ ○○
氏名	半田 ○○
年齢	XX 歳
生年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ	
住所	〒 475-0903 半田市出口町1丁目45番地の4
電話	090-XXXX-XXXX
被保険者氏名	半田 △△
受療者との続柄	父
加入医療保険	
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8
保険者番号	12345678
保険者名	◇◇◇健康保険組合
保険種別	1協会 2組合 3日雇 4共済 5国保 6その他( )
所在地	名古屋市中区三の丸3丁目1番地の2
フリガナ	ハンダ △△
氏名	半田 △△
年齢	□上記と同じ
受療者との関係	父
個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6
フリガナ	
住所	〒 □上記と同じ
電話番号	□上記と同じ
該当する所得区分	生活保護(A)・低所得Ⅰ(BⅠ)・低所得Ⅱ(BⅡ)・一般所得Ⅰ(CⅠ)・一般所得Ⅱ(CⅡ)・上位所得(D)
自己負担上限額の特例	人工呼吸器等装着
(該当するものに☑)	世帯内按分特例
今回申請する受療者と同じ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(今回申請する受療者が指定難病対象者(申請中)の場合を含む。)	有 氏名(半田 △△) 受給者番号(XXXXXX)
疾病名	医療意見書の「病名」欄を書き写してください
その他疾病名	2疾病同時申請する場合記入してください
身体障害者手帳等の有無	有(障害等級 X 級、手帳番号 XXXXXXX) 無
医療機関名	所在地
★★クリニック	半田市★★町★★番地の★★
★★薬局 ★★店	
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)	当該疾病で受診する医療機関・薬局を記入してください。 ※ なお、本書に記載していない医療機関で受診した場合も、指定医療機関であれば、医療費助成の対象です。
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始する日が適当と考えられる年月日 ※3,4	申請日から13ヵ月以上前の年月日となっている理由 <input type="checkbox"/> 医療費の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他
(添付書類)	1 医療意見書 2 医療保険の資格情報を確認できる資料 3 世帯の所得を証明する書類 4 世帯会員の住民票 5 世帯簿書 6 高額療養費区分認定同意書 7 世帯内按分該当者の医療証 8 人工呼吸器等装着者であることを証明する書類 9 高額かつ長期を証明する書類

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受療者本人と異なる場合に記入。なお、受療者本人の場合は本人と記載する。
- ※3 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
- ※4 更新の場合は、原則記入不要。