令和５年１２月１日

小児慢性特定疾病医療費助成制度

更新申請のご案内と手引き

現在お持ちの小児慢性特定疾病医療費受給者証の有効期間の終了後(令和６年４月１日以降)も引き続き小児慢性特定疾病医療費助成を希望される場合は、更新申請が必要となります。この手引きをお読みいただき、手続きをお願いします。

申請書類の受付:**令和6年3月29日（金）まで** ※郵送は、3月31日消印有効

令和6年4月1日までに新しい受給者証の発送を希望される方は、**令和6年1月31日（水）（当日消印有効）**までに手続きをお願いいたします。

※1月31日までに申請され、認定となった方の新しい受給者証は、**令和6年3月19日**に発送予定です。

【注意事項】

・必ず更新申請の受付期間内（**令和５年 12 月１日～令和６年３月２９日（郵送の場合は３月３１日の消印まで有効）**）に手続きをお願いします。なお、**令和６年３月中に新しい受給者証の交付を希望される方は、令和６年１月３１日（水）（当日消印有効）まで**に手続きをお願いいたします。**令和６年２月１日以降に手続きをされた場合は、新しい受給者証の発送が４月１日以降**になります（申請から受給者証の交付まで、２～３ヶ月程度かかります）。

・３月 31 日までに更新申請をされず、４月１日以降も医療費助成を希望される場合は、新規申請となります。**18 歳以上の方については、更新申請のみとなり、新規申請はできません**のでご注意ください（なお、やむを得ない理由で３月３１日までに申請の手続きができない方については、更新申請として受付できる場合がありますので、管轄の保健所までお問い合わせください）。

・医療費助成を受けていただける期間は最長で 20 歳の誕生日の前日までとなります。20 歳以降も継続して治療が必要な場合、病気や症状によっては指定難病等の他の医療費助成を受けられる場合がありますので、主治医等とご相談ください。

・奈良市にお住まい（住民票の住所が奈良市）の方の手続き等については、奈良市保健所保健予防課にお問い合わせください。

奈良県

小児慢性特定疾病医療受給者証の更新申請について

申請書の受付は、原則として**申請者（保護者）の住民票の住所地（市町村）を管轄する保健所（５ページ参照）**で行います。保健所では添付書類等のコピーはできませんので、提出までにご自身でご準備ください。

◆提出する書類について

１．更新申請にあたり**全員**ご提出が必要な書類

※マイナンバーによる情報連携を利用した添付書類の省略ができます（詳細は４ページ）。

<table>
<tr><td>1</td><td>小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）</td><td colspan="2">申請書は同封しています（様式は県健康推進課のホームページからもダウンロードできます）。６ページ目の記入例を参考に記入してください。</td></tr>
<tr><td>2</td><td>世帯調書
※住民票上の世帯全員を記入してください。
※世帯員が多い場合は、コピーして記入してください。</td><td colspan="2">同封しています（様式は県健康推進課のホームページからもダウンロードできます）。８ページ目の記入例を参考に記入してください。
※マイナンバーによる情報連携を利用した添付書類の省略を希望する場合は、省略を希望する世帯員全員のマイナンバーの記載が必要です。</td></tr>
<tr><td>3</td><td>医療意見書（継続申請用）
※疾病ごとに異なります。
※必ず継続申請用の医療意見書を使用ください。</td><td colspan="2">必ず指定医療機関（指定医）に作成を依頼してください。
医療機関で用意がない場合、同封の様式を使用してください。「小児慢性特定疾病情報センター」ホームページからもダウンロードできます。
※原則として記載日から３ヵ月以内のものを添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">4</td><td>受診者と同じ医療保険に加入する世帯の確認書類</td><td colspan="2">必要な書類は加入する医療保険によって異なります。
詳細は以下をご確認ください。</td></tr>
<tr><td>〇医療保険証のコピー</td><td>国民健康保険（退職国保含む）
国民健康保険組合</td><td>受診者と同じ医療保険に加入している全員分</td></tr>
<tr><td></td><td>被用者保険
（協会健保、健保組合、共済等）</td><td>受診者分
（被保険者の名前を確認できるもの）</td></tr>
<tr><td>〇住民票
※保健所受付日から３ヶ月以内に発行されたもの</td><td>国民健康保険（退職国保含む）
国民健康保険組合</td><td>世帯全員分
（続柄が記載されたもの）</td></tr>
<tr><td></td><td>被用者保険
（協会健保、健保組合、共済等）</td><td>不要</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5</td><td rowspan="3">令和５年度市町村民税（非）課税証明書または特別徴収税額決定通知書のコピー等
※特別徴収税額決定通知書のコピーを提出される場合は申し立てが必要です。
※（非）課税証明書は保健所受付日から３ヶ月以内に発行されたもの</td><td>国民健康保険（退職国保含む）
国民健康保険組合</td><td>受診者と同じ医療保険に加入している全員分※16 歳未満で収入のない方は省略可</td></tr>
<tr><td>被用者保険
（協会健保、健保組合、共済等）</td><td>被保険者分
※被保険者が非課税で、受診者が 18 歳以上の場合、受診者の課税証明書も必要です。
※被保険者が 18 歳未満で非課税の場合、申請者の課税証明書が必要です。</td></tr>
<tr><td colspan="2">※国民健康保険組合に加入の方及び被用者保険に加入していて、被保険者が非課税の方は課税証明書が必要です（特別徴収税額決定通知書のコピーは不可）。
※市町村民税非課税世帯のうち、保護者又は受診者本人の収入金額が８０万円以下で、令和４年中に「遺族年金、障害年金、寡婦年金、特別児童扶養手当等」の給付を受けている場合は、振込通知書（令和３年度、４年度分）のコピー等が必要です。</td></tr>
<tr><td>6</td><td>申請者の本人確認書類
※４で住民票を提出される方は不要</td><td colspan="2">申請者の住所が確認できる書類（受診者と住所が異なる場合は受診者の分も必要）で、公的機関が発行したもの（住民票、運転免許証の写し等）。</td></tr>
</table>

※　血友病等の患者の方は、原則として住民票および５※の書類は提出不要です。

ただし、「社会保険加入者で被保険者が非課税の場合」及び「国民健康保険組合」に加入されている方は「市町村民税（非）課税証明書」の提出が必要です。

なお、血友病等の患者とは、申請する疾病が、「血友病Ａ、血友病Ｂ、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、第Ｘ因子欠乏症、第XI因子欠乏症、第XII因子欠乏症、第ＸⅢ因子欠乏症、フォンウィルブランド病」の方です。

２．更新申請にあたり**該当者のみ**ご提出が必要な書類

1	生活保護世帯の方	受診者（患者）及び保護者の名前が記載された**『生活保護受給証明書』**。
2	世帯内※に指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる方	その方の**『医療受給者証のコピー』**。 ※世帯内とは、今回申請される**受診者と医療保険上の同一世帯内**のことです。
3	重症患者認定基準に該当する方	**『小児慢性特定疾病重症患者認定意見書』。** 医療意見書とあわせて指定医に作成を依頼してください。 ※現在、重症患者として認定を受けている方には様式を同封しています。県健康推進課のホームページからもダウンロードできます。 ※重症患者認定基準に該当する方で、身体障害者手帳をお持ちの方又は障害年金を受給されている方は、**「身体障害者手帳のコピー」又は「障害年金の証書のコピー」の提出が必要**となります。
4	高額かつ長期に該当する方	**『当該月の自己負担上限額管理票のコピー』。** ※下表の対象期間中に、小児慢性特定疾病についての医療費総額が５万円を超える月が６か月以上ある方が対象 申請年月 ／ 対象期間 令和5年12月 ／ 令和5年1月～令和5年12月 令和6年1月 ／ 令和5年2月～令和6年1月 2月 ／ 令和5年3月～令和6年2月 3月 ／ 令和5年4月～令和6年3月
5	成長ホルモン治療を申請する方	**『成長ホルモン治療用意見書（継続申請用）』。** 医療意見書とあわせて指定医に作成を依頼してください。 ※現在、成長ホルモン治療の認定を受けている方には様式を同封しています。「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページからもダウンロードできます。 ※医療意見書で『成長ホルモン治療申請の有無』が「なし」の方は不要です。
6	常時「人工呼吸器」又は「体外式補助人工心臓（ペースメーカーではありません）」を装着している方	**『人工呼吸器等装着者証明書』。** 医療意見書とあわせて指定医に作成を依頼してください。 ※医療意見書の『人工呼吸器等装着者認定基準に該当』が「する」の方が対象。 ※現在、人工呼吸器等装着者として認定を受けている方には様式を同封しています。県健康推進課のホームページからもダウンロードできます。
7	委任状	受診者が18歳以上（申請日時点）で、申請手続きを受診者以外に委任する場合など、**申請者が申請手続きを家族等に委任する場合**に提出してください。 ※申請書の提出のみの場合は不要です。

◆マイナンバーを用いた情報照会による添付書類の省略

受診者及び令和5年度分の住民税額等の証明書類（2ページ（5））の提出が必要な方全員分のマイナンバーを『申請書』、『世帯調書』へご記載ください。必要書類をご提出いただくことで、書類の提出を省略することができます。

※注意事項※ （必ずご確認ください。）

○**マイナンバーによる書類の省略を希望される場合、**情報の取得等に時間を要するため、1月31日（水）までに申請をされた場合であっても、**新たな受給者証の交付は4月以降になる可能性があります**（申請から交付まで3か月程度必要です）。

○情報照会の結果、未申告等のため課税情報が取得できない場合は、階層区分を「上位所得」、自己負担上限額を「1万5千円/月」として受給者証を発行しますので、課税情報を申告の上、改めて変更申請が必要です（変更申請の場合翌月1日から自己負担額が変更されます）。

○マイナンバーの記載誤りは再確認等で、交付が遅れる場合があります。よく確認してください。

1.提出を省略できる書類

住民票 、（非）課税証明書 、 生活保護受給証明書

2.省略できない方

次のいずれかに当てはまる方は「（非）課税証明書」の省略はできません。

○市町村民税（非）課税証明書の提出が必要な世帯員のうち、全員又は一部の方が、市町村民税の申告をしていない、または申告しているかわからない場合

○加入医療保険が国民健康保険組合の方または被用者保険で被保険者の市町村民税が非課税の方

○市町村民税（非）課税証明書の提出が必要な世帯員全員分のマイナンバーが記載されていない場合　等

市町村民税が非課税の場合

市町村民税非課税世帯で、以下の給付を受けている方は、給付金額がわかる書類（通知書のコピー又は振り込みが確認できる通帳のコピー等）も提出してください（省略できません）。

○対象となる給付（令和4年中（令和4年1月～令和4年12月））

障害年金（基礎・厚生・共済）、寡婦年金、遺族年金（基礎・厚生・共済）、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当、特別障害給付金、障害を事由として支給される労災による年金または一時金

必要書類

○ **『番号確認書類』**と**『身元確認書類』**（下表でご確認ください）

※記載事項に変更があり、変更が反映されていない場合、確認書類として使用できません。

※確認書類に有効期間が設定されている場合は、申請日時点で有効期間内のものに限ります。

番号確認書類（正しい番号であることの確認）	身元確認書類（番号の正しい持ち主であることの確認）
以下のうち1つ ☐ 個人番号カード ☐ 個人番号の記載のある住民票 ☐ 個人番号の記載のある住民票記載事項証明書 ☐ 個人番号通知カード※ ※個人番号通知カードについて（R2.5.25～） ・記載事項の変更を行うべき事由が発生しておらず、記載事項に変更がない場合 ・記載事項に変更があったが変更手続きが行われている場合 以上のいずれかに該当する場合に限り利用可。 ※「個人番号通知書」は番号確認書類や身元確認書類としては利用できません。	①以下のうち1つ ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳　等 ↓ ①の書類がない場合は②を提出 ②以下のうち2つ ☐ 公的医療保険の被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証 ☐ 小児慢性特定疾病医療受給者証　等

申請者や申請方法による必要書類の違い

A：申請者が保護者の場合（受診者が 18 歳未満の場合）

B：申請者が受診者本人の場合（受診者の家族等が単に申請書類を窓口に持参する場合も含む）

C：申請者が代理人（受診者の家族含む）の場合（委任状の様式は県健康推進課ホームページに掲載）

	郵送の場合/家族が窓口に申請書類を持参する場合	申請者が保健所窓口に来所して申請する場合
A の場合	申請者の番号確認書類のコピー＋申請者の身元確認書類のコピー	申請者の番号確認書類＋申請者の身元確認書類
B の場合	受診者本人の番号確認書類のコピー＋受診者本人の身元確認書類のコピー	受診者本人の番号確認書類＋受診者本人の身元確認書類
C の場合	受診者本人の番号確認書類のコピー＋代理人の身元確認書類＋代理人の代理権を確認できる書類（委任状等）の原本	受診者本人の番号確認書類のコピー＋代理人の身元確認書類＋代理人の代理権を確認できる書類（委任状等）の原本

番号・身元確認書類の例

（氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または正しく変更手続きがとられている場合に限り、利用可能）

個人番号カード（マイナンバーカード）

個人番号通知カード

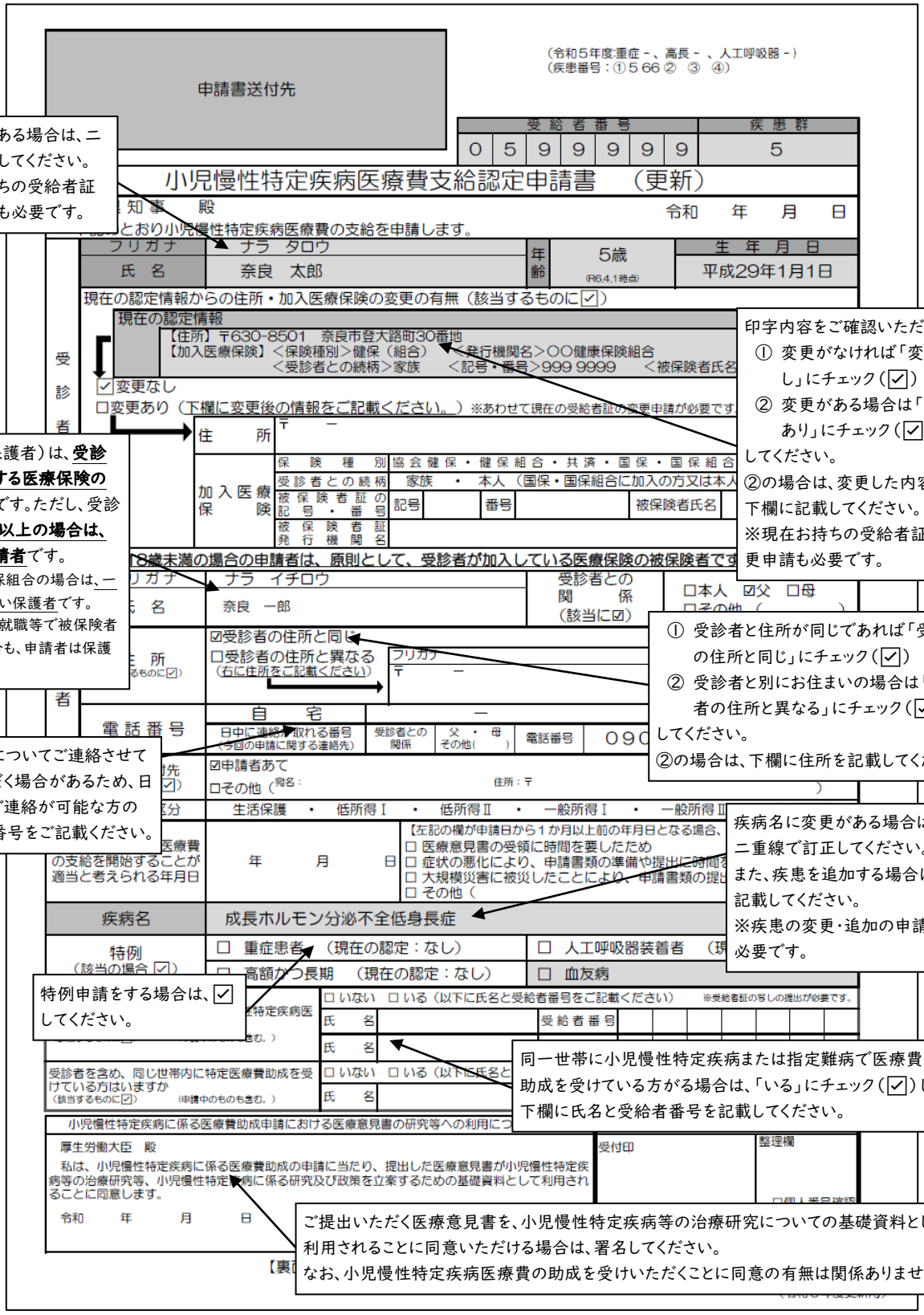
◆保健所一覧

お住まいの地域	管轄する保健所
大和郡山市、天理市、 生駒市、山辺郡、生駒郡	**郡山保健所** 医療費助成等申請窓口 （電話） 0743-51-0195 郵送先 〒639-1041　大和郡山市満願寺町 60-1(郡山総合庁舎内) 郡山保健所 医療費助成等申請窓口 宛て
橿原市、桜井市、宇陀市 磯城郡、宇陀郡、高市郡 大和高田市、御所市、香芝市 葛城市、北葛城郡	**中和保健所** 医療費助成等申請受付センター （電話） 0744-48-3036 郵送先 〒634-8507　橿原市常盤町 605-5（橿原総合庁舎内） 中和保健所 医療費助成等申請受付センター 宛 **高田出張所** ※郵送される場合は、上記の郵送先に送付をお願いします。 〒635-0085　大和高田市片塩町12番5号 大和高田市市民交流センター3階 （電話） 0745-51-8133
五條市 吉野郡	**吉野保健所** 健康増進課 地域保健第三係 （電話） 0747-64-8134 郵送先 〒638-0045　吉野郡下市町新住 15-3 吉野保健所 健康増進課 地域保健第三係 宛て

更新申請書の記入について（記入例）

申請書

灰色で着色した部分は現在の認定情報を印字していますので、ご確認ください。
修正がある場合やその他の項目については、例を参考にご記載ください。



姓に変更がある場合は、二重線で訂正してください。
※現在お持ちの受給者証の変更申請も必要です。

印字内容をご確認いただき、
① 変更がなければ「変更なし」にチェック（☑）
② 変更がある場合は「変更あり」にチェック（☑）
してください。
②の場合は、変更した内容を下欄に記載してください。
※現在お持ちの受給者証の変更申請も必要です。

申請者（保護者）は、**受診者が加入する医療保険の被保険者**です。ただし、受診者が**18歳以上の場合は、本人が申請者**です。
※国保・国保組合の場合は、一番所得が多い保護者です。
※受診者が就職等で被保険者となった場合も、申請者は保護者です。

① 受診者と住所が同じであれば「受診者の住所と同じ」にチェック（☑）
② 受診者と別にお住まいの場合は「受診者の住所と異なる」にチェック（☑）
してください。
②の場合は、下欄に住所を記載してください。

申請についてご連絡させていただく場合があるため、日中にご連絡が可能な方の電話番号をご記載ください。

疾病名に変更がある場合は、二重線で訂正してください。
また、疾患を追加する場合は、記載してください。
※疾患の変更・追加の申請も必要です。

特例申請をする場合は、☑してください。

同一世帯に小児慢性特定疾病または指定難病で医療費の助成を受けている方がる場合は、「いる」にチェック（☑）し、下欄に氏名と受給者番号を記載してください。

ご提出いただく医療意見書を、小児慢性特定疾病等の治療研究についての基礎資料として利用されることに同意いただける場合は、署名してください。
なお、小児慢性特定疾病医療費の助成を受けいただくことに同意の有無は関係ありません。

申請書（裏面）

医療意見書を記載した医療機関です。印字されている医療機関とは別の医療機関で医療意見書を記載してもらった場合は、「上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関ではない」にチェック（☑）し、下欄に医療機関を記載してください。

主に受診する指定医療機関（医療意見書を記載した医療機関）（**該当するものに☑**）

主に受診する指定医療機関（医療意見書を記載した病院・診療所名）	所　在　地
○○病院	奈良県○○市○○町○○

□ 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関である。

□ 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関でない。（下記に小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関を記載してください。）

主に受診する指定医療機関（医療意見書を記載した病院・診療所名）	所　在　地

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意

＜医療意見書の研究利用に関するご説明＞

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、申請書の「医療意見書の研究等への利用についての同意」にご署名頂き、「医療意見書」とともに申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の４第１項の政令で定める市（特別区を含む）へ提出してください。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではございません。

○個人情報保護について：

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることとしております。研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。また、データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

（提供先について）

- 厚生労働省
- 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- 都道府県、指定都市、中核市、児童福祉法第59条の４第１項の政令で定める市（特別区を含む。）
- 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。

（なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。）

https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は医療意見書に記載された項目となります。医療意見書については、以下のURLをご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

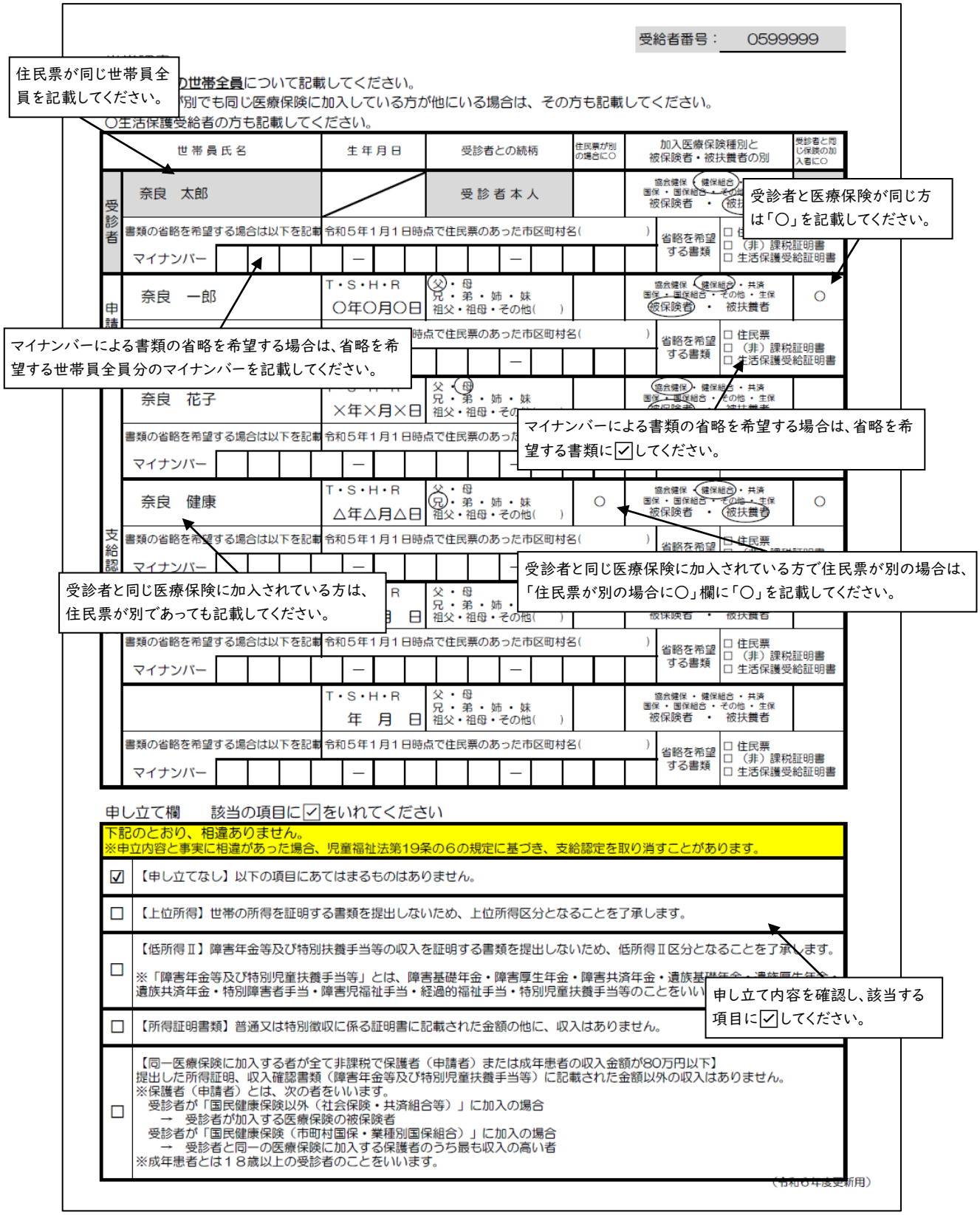
https://www.shouman.jp/disease/download

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

（※）同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いいたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

世帯調書



受給者番号： 0599999

住民票が同じ世帯員全員を記載してください。

の世帯全員について記載してください。
別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。
○生活保護受給者の方も記載してください。

	世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	受診者と同じ保険の加入者に○
受診者	奈良　太郎		受診者本人		協会健保・健保組合・国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった市区町村名（　）			省略を希望する書類	□ 住民票 □（非）課税証明書 □ 生活保護受給証明書
	マイナンバー					
申請	奈良　一郎	T・S・H・R ○年○月○日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他（　）		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	○
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった市区町村名（　）			省略を希望する書類	□ 住民票 □（非）課税証明書 □ 生活保護受給証明書
	マイナンバー					
支給認	奈良　花子	T・S・H・R ×年×月×日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他（　）		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった				
	マイナンバー					
	奈良　健康	T・S・H・R △年△月△日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他（　）	○	協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	○
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった市区町村名（　）			省略を希望する書類	□ 住民票
	マイナンバー					
		R 月 日	父・母 兄・弟・姉・ 祖父・祖母・その他（　）		被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった市区町村名（　）			省略を希望する書類	□ 住民票 □（非）課税証明書 □ 生活保護受給証明書
	マイナンバー					
		T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他（　）		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載	令和５年１月１日時点で住民票のあった市区町村名（　）			省略を希望する書類	□ 住民票 □（非）課税証明書 □ 生活保護受給証明書
	マイナンバー					

受診者と医療保険が同じ方は「○」を記載してください。

マイナンバーによる書類の省略を希望する場合は、省略を希望する世帯員全員分のマイナンバーを記載してください。

マイナンバーによる書類の省略を希望する場合は、省略を希望する書類に☑してください。

受診者と同じ医療保険に加入されている方で住民票が別の場合は、「住民票が別の場合に○」欄に「○」を記載してください。

受診者と同じ医療保険に加入されている方は、住民票が別であっても記載してください。

申し立て欄　該当の項目に☑をいれてください

下記のとおり、相違ありません。
※申立内容と事実に相違があった場合、児童福祉法第19条の６の規定に基づき、支給認定を取り消すことがあります。

☑	【申し立てなし】以下の項目にあてはまるものはありません。
□	【上位所得】世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。
□	【低所得Ⅱ】障害年金等及び特別扶養手当等の収入を証明する書類を提出しないため、低所得Ⅱ区分となることを了承します。 ※「障害年金等及び特別児童扶養手当等」とは、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・遺族共済年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等のことをいい
□	【所得証明書類】普通又は特別徴収に係る証明書に記載された金額の他に、収入はありません。
□	【同一医療保険に加入する者が全て非課税で保護者（申請者）または成年患者の収入金額が80万円以下】 提出した所得証明、収入確認書類（障害年金等及び特別児童扶養手当等）に記載された金額以外の収入はありません。 ※保護者（申請者）とは、次の者をいいます。 受診者が「国民健康保険以外（社会保険・共済組合等）」に加入の場合 →　受診者が加入する医療保険の被保険者 受診者が「国民健康保険（市町村国保・業種別国保組合）」に加入の場合 →　受診者と同一の医療保険に加入する保護者のうち最も収入の高い者 ※成年患者とは１８歳以上の受診者のことをいいます。

（令和６年度更新用）

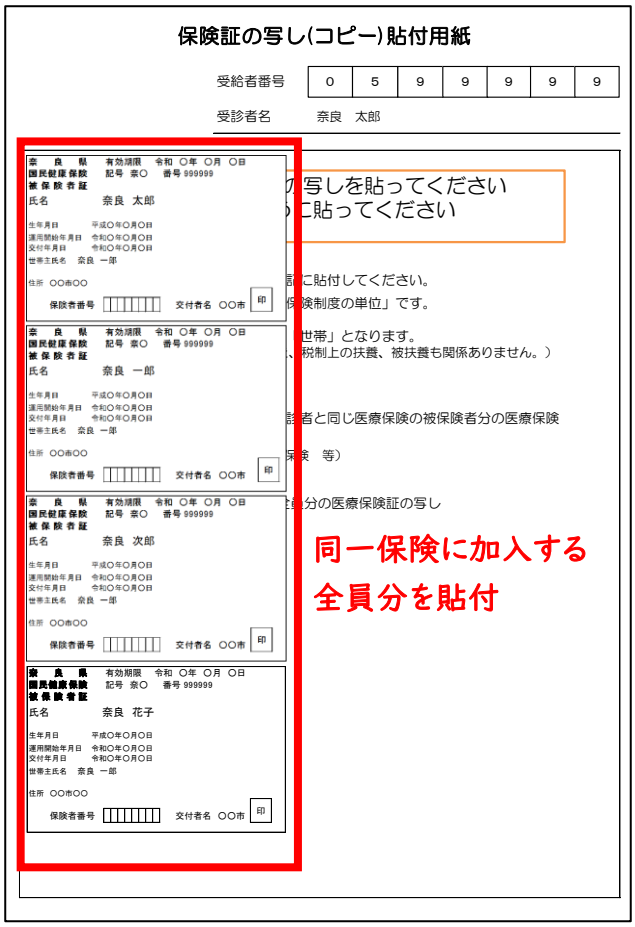
申し立て内容を確認し、該当する項目に☑してください。

保険証の写しについて

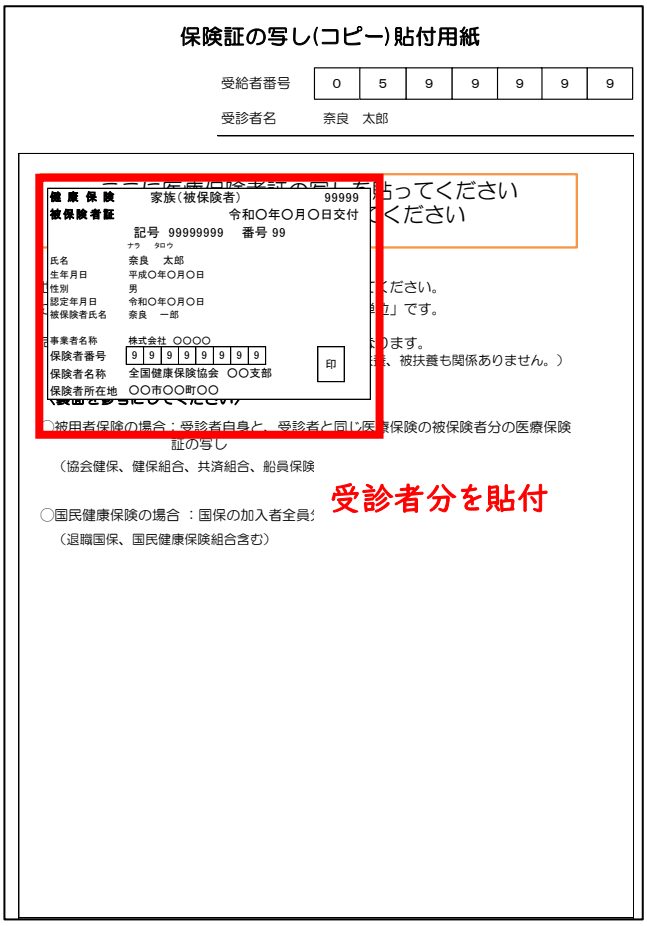
○受診者が加入する医療保険が**社保（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合など）の場合**、**受診者**の健康保険証コピーを「保険証の写し（コピー）貼付用紙」に貼り付けて提出してください。

○受診者が加入する医療保険が**国民健康保険又は国民健康保険組合の場合**、**同じ医療保険に加入する全員分**の健康保険証コピーを「保険証の写し（コピー）貼付用紙」に貼り付けて提出してください。

①国民健康保険、国保組合



②被用者保険（健康保険組合、共済等）



☆更新申請とあわせて変更申請が必要な方☆

・更新申請時に**現在の受給者証の内容から氏名、住所、加入医療保険等に変更がある場合は、変更申請も併せて必要**になります。
・変更申請の様式、詳細については、奈良県 HP（QR コード参照）をご覧ください。
URL：https://www.pref.nara.jp/38190.htm#moduleid102799

■■　申請前チェック表　■■

申請書類一式を、提出する前にチェックをして、もう一度ご確認ください.

―　★すべての方　―――――――――――――

□　**小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）**

- □　すべての項目に必要事項が記入されていますか？
- □　主に受診する指定医療機関の欄は、医療意見書を記載した医療機関となっていますか？
- □　申請者欄には保護者が記載されていますか？（原則として受診者が加入している医療保険の被保険者。国保、国保組合の場合は最も所得が高い方。ただし、受診者が１８歳以上の場合は、原則は受診者本人。）
- □　世帯調書には受診者を含む住民票上の世帯全員について記入していますか？
  ※遠隔地扶養の場合はその方も書かれていますか？
- □　受診者（患者）が**申請日時点で１８歳以上**の場合、本人が申請者となっていますか？
  ※本人以外が申請手続きをされる場合は、委任状が必要です。

□　**小児慢性特定疾病医療意見書**

- □　現在、都道府県知事等の指定を受けている指定医に記入してもらっていますか？

□　**医療保険証の写し（コピー）**

- □　同じ医療保険に加入している必要な方の保険証の写し（コピー）を**「保険証の写し貼付用紙」**に貼っていますか?

□　**国保、国保組合の方は世帯全員の住民票（続柄の記載のあるもの）　※血友病の方は不要**

- □　受診者を含む世帯の住民票（世帯全員分の住民票）ですか？
- □　全員の続柄が記載されていますか？

□　**令和５年度市町村民税(非)課税証明書または生活保護受給証明書**　**※血友病の方は原則不要（必要な場合は２ページ参照）**

- □　必要な方の証明書はありますか？　**※必要な方については、２ページの表を参照**

□　**申請者の本人確認書類**

- □　公的機関が発行したもので、有効期間内のものですか？
- □　受診者と住所が違う場合、受診者の本人確認書類もありますか？

□　**マイナンバーを用いた情報照会による添付書類の省略を希望する方★**

- □　世帯調書に書類の省略を希望する全員分のマイナンバーが記載されていますか？
- □　提出書類は必要なものが揃っていますか？

―　★該当の方のみ　―――――――――――――

□　**成長ホルモン治療用医療意見書**

- □　現在、都道府県知事等の指定を受けている指定医に記入してもらっていますか？

□　**重症患者認定意見書**

- □　医療意見書と同じ医療機関の指定医に記入してもらっていますか？

□　**高額かつ長期（高額治療継続者の認定）の場合の上限額管理票のコピー６ヶ月分など**

- □　該当する方は上限額管理票の写し（コピー）などが添付されていますか？

□　**人工呼吸器等装着者証明書**

- □　医療意見書と同じ医療機関の指定医に記入してもらっていますか？

□　**同じ世帯内に他に指定難病・小児慢性特定疾病をお持ちの方がいる場合**

- □　その方の受給者証の写し（コピー）が添付されていますか？

※保健所では提出書類のコピーができませんのでご注意ください。