

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8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、申請してください。

令和8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の提出受付期間は
令和8年1月5日(月)～1月30日(金)までです。

※12月中は受付できませんのでご注意ください。

※郵送の場合は、令和8年1月30日(金)必着

受付期間内に申請され、認定となった方の新しい受給者証は、**令和8年3月中**に発送予定です。

※なお、上記に間に合わない場合でも、令和8年3月31日(火)(当日消印有効)までは申請できますが、発行まで3ヶ月程度必要となるため、受給者証の送付が**令和8年4月1日以降**になります。

- ・今年度より、個人番号(マイナンバー)を利用した情報連携による手続き(一部提出書類の省略)が基本となります。次ページ以降をご確認いただき、手続きをお願いします。
- ・必ず更新申請の受付期間内(**令和8年1月5日～令和8年3月31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。
- ・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、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

申請窓口は、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（P6 参照）です。保健所では提出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

個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続き（一部提出書類の省略）が基本となります。

※市町村民税が未申告の場合は、「(非)課税証明書」の情報連携はできません。（P4 をご確認ください。）

未申告のまま申請された場合は、「上位所得」に区分されます。

	必要書類	注意事項
1	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）	<u>同封しています</u> （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）。P8～9の記入例を参考に記入してください。
2	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。	<u>同封しています</u> （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）。P10の記入例を参考に記入してください。 ※個人番号（マイナンバー）の記載が必要な方については、別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請における個人番号（マイナンバー）の提出について」のP2～3をご確認ください。
3	医療意見書（継続申請用） ※疾病ごとに異なります。 ※記載日が保健所受付日より3ヶ月以内のものに限ります。 ※必ず継続申請用の医療意見書をご使用ください。	<u>必ず指定医療機関（指定医）に作成を依頼してください。</u> 医療機関で用意がない場合、「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ます。
4	申請者の本人（住所）確認書類	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、マイナンバーカード（表面）のいずれか）。
5	個人番号（マイナンバー）関係書類 <u>（番号確認・身元確認書類）</u>	別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請における個人番号（マイナンバー）の提出について」をご確認ください。

※個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続きを希望しない／できない方については次ページ以降をご確認ください。

2. 個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続きを①希望しない／②できない方が追加で提出いただく書類

① 個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続きを希望しない方

必要書類		注意事項	
1	○医療保険の加入状況を確認できる書類のコピー ※確認書類については、P6をご確認ください。 ※A4 サイズでコピーいただいた方は貼付用紙への貼付は不要です。	国民健康保険 国民健康保険組合	受診者と同じ医療保険に加入している全員分
		被用者保険 (協会健保、健保組合、共済等)	受診者分+被保険者分 (受診者分で被保険者の名前が確認できる場合は、受診者分のみで可)
2	○住民票 ※保健所受付日から3ヶ月以内に発行されたもの	国民健康保険 国民健康保険組合	世帯全員分 (続柄が記載されたもの)
		被用者保険 (協会健保、健保組合、共済等)	不要
3	令和7年度分の市町村民税（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請書裏面の申し立て欄をご確認の上、いずれかにチェックが必要です。 ※（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	国民健康保険 国民健康保険組合	受診者と同じ医療保険に加入している全員分 ※義務教育を修了していない者で収入がない場合は省略可（近畿税理士国民健康保険組合・建設連合国民健康保険組合の場合は「申出書」の提出が必要）
		被用者保険 (協会健保、健保組合、共済等)	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。
※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80万9千円以下で、令和6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、令和5年度と令和6年度の振込通知書のコピー等が必要です。			

② 個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続きができない方

【マイナンバーカードの健康保険証利用の登録をしていない方】

→「医療保険の加入状況を確認できる書類」の省略ができません。以下の書類の提出が必要です。

必要書類	注意事項	
○医療保険の加入状況を確認できる書類のコピー ※確認書類については、P 6をご確認ください。 ※A4 サイズでコピーいただいた方は貼付用紙への貼付は不要です。	国民健康保険 国民健康保険組合	受診者と同じ医療保険に加入している全員分
	被用者保険 (協会健保、健保組合、共済等)	受診者分+被保険者分 (受診者分で被保険者の名前が確認できる場合は、受診者分のみで可)

【加入する医療保険が国民健康保険組合の方】

【加入する医療保険が被用者保険で、被保険者が非課税の方】

【市町村民税が未申告の方（未申告のまま情報連携希望で申請された場合は、「上位所得」に区分されます。）】

→上記のいずれかに該当する場合、「市町村民税（非）課税証明書」の省略ができません。

以下の書類の提出が必要です。

必要書類	注意事項	
令和7年度分の市町村民税（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請書裏面の申し立て欄をご確認ください。 ※（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	国民健康保険 国民健康保険組合	受診者と同じ医療保険に加入している全員分 ※義務教育を修了していない者で収入がない場合は省略可（近畿税理士国民健康保険組合・建設連合国民健康保険組合の場合は「申出書」の提出が必要）
	被用者保険 (協会健保、健保組合、共済等)	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。

※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80万9千円以下で、令和6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、令和5年度と令和6年度の振込通知書のコピー等が必要です。

3. 更新申請にあたり該当者のみご提出が必要な書類

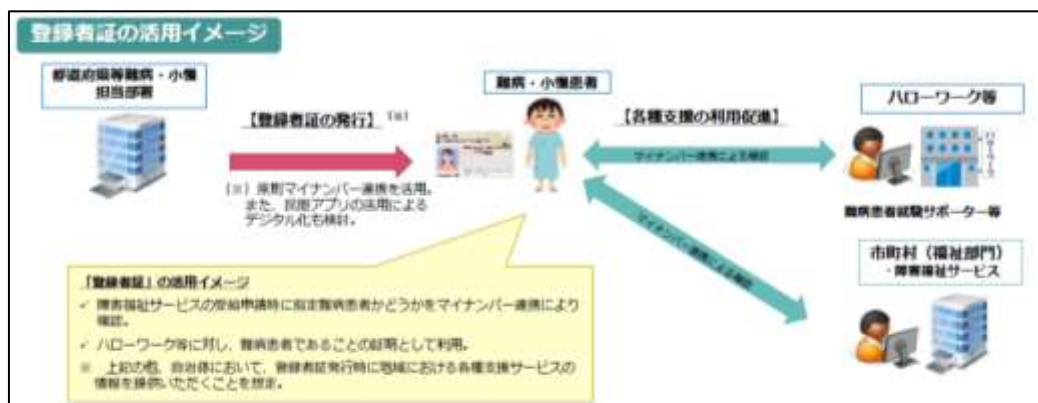
	必要書類	注意事項								
1	生活保護世帯の方	受診者（患者）及び保護者の名前が記載された『生活保護受給証明書』。								
2	世帯内※に指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる方	その方の『医療受給者証のコピー』。 ※世帯内とは、今回申請される <u>受診者と医療保険上の同一世帯内</u> のことです。								
3	重症患者認定基準に該当する方	『小児慢性特定疾病重症患者認定意見書』。 医療意見書とあわせて指定医に作成を依頼してください。 ※県健康推進課ホームページからダウンロードできます。 ※重症患者認定基準に該当する方で、身体障害者手帳をお持ちの方又は障害年金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』の提出が必須となります。								
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 <table><tr><th>申請年月</th><th>対象期間</th></tr><tr><td>令和8年1月</td><td>令和7年2月～令和8年1月</td></tr><tr><td>2月</td><td>令和7年3月～令和8年2月</td></tr><tr><td>3月</td><td>令和7年4月～令和8年3月</td></tr></table>	申請年月	対象期間	令和8年1月	令和7年2月～令和8年1月	2月	令和7年3月～令和8年2月	3月	令和7年4月～令和8年3月
申請年月	対象期間									
令和8年1月	令和7年2月～令和8年1月									
2月	令和7年3月～令和8年2月									
3月	令和7年4月～令和8年3月									
5	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。 ※県健康推進課ホームページからダウンロードできます。								
6	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、 <u>申請者が申請手続きを家族等に委任する場合</u> に提出してください。 ※申請書類の提出のみの場合は不要です。								

※登録者証について

令和6年4月1日の改正児童福祉法の施行に伴い、地域における自立した日常生活の支援のための施策を円滑に利用できるようにするため、都道府県知事が患者の申請に基づき、小児慢性特定疾病に罹患していること等を証明する「登録者証」制度が創設されました。

【発行方法】

- ・マイナンバーカードとの情報連携を活用するため、マイナンバーカードが登録者証になります。
- ・あわせて、受給者証（兼登録者証）に「登録者証の有無」を記載します。



医療保険の加入状況を確認できる書類について

令和6年12月2日から、健康保険証が新たに発行されなくなり、健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード（マイナ保険証）を基本とする仕組みに移行されることになりました。

P3及び4に記載のとおり、個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による手続きを希望しない／
できない方は、保険者から発行される以下の書類のコピー（写し）をご提出ください。

◆「医療保険の加入状況を確認できる書類」

〈マイナ保険証をお持ちでない方〉

- ・資格確認書

○ ○ 歡迎前來	有欲購者	年 月 日
溫熱傳染病	索取請至	年 月 日
醫務處 啟		
記 号	番 号	(註明)
凡 名	性 別	
生 年 月 日	年 月 日	與製圖合 製
通牙醫社年月日	年 月 日	
定 时 年 月 日	年 月 日	
住 所 主 人 名		
住 所		
保 險 者 番 号		
定 时 費 用		
		印

【参考】資格確認書（例）

〈マイナ保険証をお持ちの方〉

- ・ 資格情報のお知らせ
- ・ マイナポータルからダウンロードして印刷した「医療保険の資格情報」

[illegible]

【参考】資格情報のお知らせ（例）

医療保険の資格情報

この画面のみでは登録できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時：2025年1月1日時点

保 険 者 名	XX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
番 号	00000000
姓 名	00
氏 名	デンタル 花子
本人・家族の別	本人

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一 部 食 料 金 割 合	—
有 効 期 限	—

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで対応いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の満了に伴い、一部食料金割合が変更になる場合がありますので、ご留意ください。

【参考】医療保険の資格情報(例)

☆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>



【参考】

マイナポータルで医療保険の資格情報を確認する方法



（参考）保護者のマイナポータルアプリで子のマイナンバーカードと電子証明書のパスワードを入力してログインすることで、子の被保険者資格情報のPDFファイルをあらかじめダウンロードまたは印刷することが可能

◆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 宛て 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。

申請書送付先		受給者番号	疾病群
		0 5 9 9 9 9 9	5
疾病医療費支給認定申請書（更新）			
申請日時点の年齢を記載してください。		令和 年 月 日	
氏名 奈良 太郎		年齢 9歳	生年月日 平成29年1月1日
現在の認定情報からの住所・加入医療保険の変更の有無（該当するものに☑）			
現在の認定情報			
【住所】〒630-8501			
【加入医療保険】＜保険種別＞健保（組合）＜保険者＞〇〇健康保険組合			
＜受給者との続柄＞家族 ＜記号・番号＞999 9999 ＜被保険者＞			
下欄に変更後の情報をご記載ください。 ※あわせて現在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。	住所	加入医療保険	被保険者
フリガナ ナライチロウ	氏名 奈良 一郎	受診者との続柄 本人（国保・国保組合に加入の場合）	被保険者
住所	電話番号	受診者との続柄	電話番号
申請内容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。	申請者の住所について	疾病名	特例
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（☑）	成長ホルモン分泌不全低身長症	重症患者 人工透析 高額かつ長期 血液透析
②の場合は、下欄に住所を記載してください。	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いる場合は、「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。
登録者証の発行について、申請の有無を「○」で囲んでください。	小児慢性特定疾病登録者証	申請する	申請しない

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）

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
〇〇病院	奈良県〇〇市〇〇町〇〇

- ☐ 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

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意欄

厚生労働大臣 殿
年 月 日

私は、「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用について」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

住所： 患者署名：

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名：

申し立て欄 該当の項目に☒をいれてください

<p>下記のとおり、相違ありません。</p> <p>※申立内容と事実と相違があった場合、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。</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	【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。
<input type="checkbox"/>	【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。
<input type="checkbox"/>	<p>【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。</p> <p>※「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ます。</p>
<input type="checkbox"/>	【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。
<input type="checkbox"/>	<p>【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80万9千円以下】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。</p> <p>※保護者（申請者）とは、次の者をいいます。</p> <p>受診者が「国民健康保険（社会保険・共済組合等）」に加入の場合</p> <p>→ 受診者が加入する医療保険の被保険者</p> <p>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</p> <p>→ 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</p> <p>※成年患者とは18歳以上の受診者のことをいいます。</p> <p>※「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ます。</p>

世帯調書

世帯調書

受給者番号: 599999

・個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による添付書類の省略について
※「小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請における個人番号（マイナンバー）の提出について」のP2～P3をお読みください。

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が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。

住民票が同じ世帯員全員を記載してください。

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○
ナラ 奈良 太郎		受診者本人		協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	○
マイナンバー		申請者に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	申請者の場合にチェック <input type="checkbox"/> 申請者	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	T・S・H・R 年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母 その他()	省略する書類に「○」を記載してください。	協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	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		申請者の場合にチェック	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	T・S・H・R 年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母 その他()	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。	協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	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。
マイナンバー		情報連携により省略する書類	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	T・S・H・R 年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母 その他()	情報連携により省略をする書類に「○」を記載してください。	協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	
マイナンバー		情報連携により省略する書類	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	T・S・H・R 年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母 その他()		協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	
マイナンバー		情報連携により省略する書類	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	T・S・H・R 年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母 その他()		協会健康保険・健康組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者 被扶養者	
マイナンバー		情報連携により省略する書類	令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()	情報連携により省略する書類 【住民票・(非)課税証明書・加入保険情報】	

■■ 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な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同じですか？
- ☐ 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。

☐ 世帯調書 ※「小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請における個人番号（マイナンバー）の提出について」のP2～3参照

- ☐ 必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）が記載されていますか？

☐ 小児慢性特定疾病医療意見書

- ☐ 記入日時点で、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？

☐ 申請者の本人（住所）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？

☐ 個人番号（マイナンバー）関係書類（番号確認・身元確認書類）

- ☐ 提出が必要な方の分を「番号確認書類・身元確認書類の写し貼付用紙」に貼っていますか？

— ★該当の方のみ —

☐ 医療保険の加入状況を確認できる書類の写し（コピー）

- ☐ 同じ医療保険に加入している方のうち、必要な方の分を「医療保険の加入状況を確認できる書類の写し貼付用紙」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7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P3参照）

- ☐ 必要な方の証明書はありますか？ ※必要な方については、P3の表を参照

☐ 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

- ☐ 該当する方は上限額管理票の写し（コピー）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？

☐ 同じ医療保険上の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。