

小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの皆様へ

まずは受給者証を御覧ください。

自己負担上限額の右に C1・C2・D のいずれかが記載されている方は、自己負担額を軽減できる場合があります（高額かつ長期）。

下記の要件をすべて満たした場合は軽減の対象となり、申請された翌月から適用になりますので、ぜひ御確認ください。

※受給者証にA・B1・B2のいずれかが記載されている方は「高額かつ長期」は適用されません。

※受給者証に「高額」と記載されている方は、すでに「高額かつ長期」が適用されています。

《申請の要件》

要件1 ひと月にかかる医療費

医療費総額が5万円を超える月

例：2割負担の方の場合、月額自己負担額が1万円を超えると、医療費総額が5万円を超えたことになります

要件2 対象期間

申請を行う日の属する月を含めて過去12か月以内

（ただし、小児慢性特定疾病の支給認定を受けている期間に限られます）

要件3 回数

上記の要件1 および2を満たす月が6回以上

《申請方法》

以下の書類を御準備いただき、お住まいの地域を管轄する保健所に申請してください

●小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書（窓口で記入いただきます）

●小児慢性特定疾病重症患者認定申請書（窓口で記入いただきます）

●自己負担上限額管理票

または、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書（別紙様式第1号）※

●小児慢性特定疾病医療受給者証

※療養証明書を提出される場合、受診した各医療機関・薬局等に持参いただき証明を依頼してください。

●自己負担上限額（月額）

階層区分の基準			患者負担割合：2割		
			自己負担上限額（外来+入院+薬代+訪問看護）		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等 装着者
生活保護 (A)	—		0円	0円	0円
低所得Ⅰ (B1)	市町民税非 課税 (世帯)	保護者の年収～ 80万円	1,250円	1,250円	500円
低所得Ⅱ (B2)		保護者の年収80 万円超～	2,500円	2,500円	
一般所得Ⅰ (C1)	市町民税課税以上～7.1万円未満	5,000円	2,500円		
一般所得Ⅱ (C2)	市町民税7.1万～25.1万円未満	10,000円	5,000円		
上位所得 (D)	市町民税約25.1万円以上	15,000円	10,000円		
入院時の食事療養費			1 / 2 自己負担		

こちらの区分および金額に
該当する方が対象です

※御不明な点につきましてはお住まいの地域を所轄する保健所にお問合せください。

○お問い合わせ窓口（県保健所）

名 称	所 在 地	電話番号
草津保健所	草津市草津 3-14-75	077-562-3534
甲賀保健所	甲賀市水口町水口 6200	0748-63-6148
東近江保健所	東近江市八日市緑町 8-22	0748-22-1300
彦根保健所	彦根市和田町 41	0749-21-0281
長浜保健所	長浜市平方町 1152-2	0749-65-6610
高島保健所	高島市今津町今津 448-45	0740-22-2419