

滋賀県小児慢性特定疾病児童等支援事業について

小児慢性特定疾病医療費助成制度について



1. 小児慢性特定疾病医療費助成制度とは

治療が長期間にわたり、児童等の健全な育成に大きな支障となる疾病について、その治療にかかった費用を公費により負担する制度です。ただし、世帯所得等に応じた1か月あたりの自己負担限度額があり、その額を上限として一部自己負担金が発生します。

2. 対象者

18歳未満の児童

※ 18歳到達時点において本事業の対象となっており、更新手続きを行い、引き続き治療が必要と認められた方については満20歳の誕生日の前日まで延長できます。

3. 対象疾病

16疾患群 801疾病（それぞれの疾病ごとに認定基準が定められています。）

1	悪性新生物	9	血液疾患
2	慢性腎疾患	10	免疫疾患
3	慢性呼吸器疾患	11	神経・筋疾患
4	慢性心疾患	12	慢性消化器疾患
5	内分泌疾患	13	染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群
6	膠原病	14	皮膚疾患
7	糖尿病	15	骨系統疾患
8	先天性代謝異常	16	脈管系疾患

※ 対象となる疾病については、主治医、保健所等におたずねください。

小児慢性特定疾病情報センター ホームページの対象疾病リストでも御確認いただけます。
https://www.shouman.jp/disease/search/disease_list



4. 対象の治療費

- ・ 受給者証の有効期間内で認定されている小児慢性特定疾病、および小児慢性特定疾病に付随した傷病についての保険診療の治療が対象となります。
- ・ 入院中の食事療養費は1/2助成されます。

※ 次のような費用は、助成の対象となりません。

受給者証に記載の病名以外の傷病による医療費
 指定医療機関以外で受けた医療
 治療用装具の費用

保険診療外の治療や差額ベッド代、文書料、個室料 等

5. 自己負担

- ・ 支給認定を受けた疾病に係る保険診療の自己負担が**3割の方は2割**となります。
- ・ 対象児童等と同一の医療保険に加入する者の課税額により、下表のとおり1か月あたりの自己負担上限額が定められています。その額を上限として一部自己負担金が発生します。一部自己負担金は、医療機関の窓口でお支払いいただく必要があります。

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割		
			負担上限月額（外来＋入院＋薬代＋訪問看護費用）		
			一般	重症患者 （※2）	人工呼吸器等装着者
生活保護 血友病患者	—		0	0	0
低所得Ⅰ	市町民税非課税 （世帯） （※1）	申請者年収 ～80万9千円	1,250	1,250	500
低所得Ⅱ		申請者年収 80万9千円超～	2,500	2,500	
一般所得Ⅰ	市町民税 課税以上 7.1万円未満		5,000	2,500	
一般所得Ⅱ	市町民税 7.1万円以上 25.1万円未満		10,000	5,000	
上位所得	市町民税 25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食費			標準負担額の1/2自己負担 （生活保護と血友病患者は自己負担なし）		

（※1）「市町村民税非課税（世帯）」とは、市町村民税の所得割および均等割がともに0円の場合を指します

（※2）重症患者は、高額治療継続者（高額かつ長期）若しくは、重症患者認定基準を満たす場合を指します。

6. 医療受給者証等の使い方

- ・ 申請した疾病に関する診察や治療などの際には
 - 小児慢性特定疾病医療受給者証
 - 自己負担上限額管理票
 を窓口で提示してください。
- ・ 乳幼児・子ども医療費助成（マル福）との併用可能です。

7. 受給者証が交付されるまでの医療費払い戻しの手続き

有効期間開始日から受給者証を受け取るまでの間に、以下に該当する方については払い戻しの対象となります。受給者証交付時に払い戻しの申請書を同封しますので、医療機関で証明を受けた上、管轄の保健所の窓口で手続きをしてください。

- ・ 3割負担で支払いをした方
- ・ 決定した自己負担上限額よりも多く支払いをした方
- ・ 入院時の食事代がある方

※有効期間開始日より前にかかった医療費等については対象外です。

8. 受給者証の有効期間

- ・ 令和5年10月1日から、医療費助成の開始時期について、**指定医が助成要件を満たすと診断した日まで遡ることが可能**になります。ただし、遡りの期間は、申請日から**最長1か月以内**（やむを得ない理由がある場合は最長3か月以内）とします。
- ・ 医療受給者証には有効期間があります。有効期間終了後も引き続き治療が必要な場合は、有効期間内に更新申請の手続きが必要となります。

有効期間満了日

1月～3月生まれの方	3月31日まで
4月～6月生まれの方	6月30日まで
7月～9月生まれの方	9月30日まで
10月～12月生まれの方	12月31日まで

※20歳が到来する方については、20歳の誕生日の前日までが有効期間となります。



小児慢性特定疾病新規申請に必要な書類について

【 全員が提出する書類 】

①	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定 申請書	【保護者が記入】										
②	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 医療意見書 (有効期間：記載日から3か月以内)	【指定医が記入】										
③	<input type="checkbox"/> 医療保険資格情報の確認書類											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受給者が加入する医療保険の種類</th> <th>提出が必要な方</th> <th>必要な書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>国民健康保険</td> <td>▼ 以下の両方が必要です。(中学生以下も含む)</td> <td rowspan="3"> 左記、提出が必要な方 全員分について、下記のいずれか1点が必要です。 <input type="checkbox"/>健康保険被保険者証 (R7.12まで) <input type="checkbox"/>資格情報のお知らせ(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/>資格確認書(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/>資格情報画面(マイナポータルから印刷したもの) ※健康保険被保険者証以外を提出する場合は、①申請書にマイナンバーの記入をお願いします。 </td> </tr> <tr> <td>国民健康保険組合</td> <td> <input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、<u>受給者と同じ医療保険に加入している方全員分</u> </td> </tr> <tr> <td>被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)</td> <td> <input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分 </td> </tr> </tbody> </table>	受給者が加入する医療保険の種類	提出が必要な方	必要な書類	国民健康保険	▼ 以下の両方が必要です。(中学生以下も含む)	左記、提出が必要な方 全員分について、下記のいずれか1点が必要です。 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 (R7.12まで) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/> 資格確認書(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/> 資格情報画面(マイナポータルから印刷したもの) ※健康保険被保険者証以外を提出する場合は、①申請書にマイナンバーの記入をお願いします。	国民健康保険組合	<input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、 <u>受給者と同じ医療保険に加入している方全員分</u>	被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)	<input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分	
	受給者が加入する医療保険の種類	提出が必要な方	必要な書類									
	国民健康保険	▼ 以下の両方が必要です。(中学生以下も含む)	左記、提出が必要な方 全員分について、下記のいずれか1点が必要です。 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 (R7.12まで) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/> 資格確認書(保険者から交付されたもの) <input type="checkbox"/> 資格情報画面(マイナポータルから印刷したもの) ※健康保険被保険者証以外を提出する場合は、①申請書にマイナンバーの記入をお願いします。									
国民健康保険組合	<input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、 <u>受給者と同じ医療保険に加入している方全員分</u>											
被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)	<input type="checkbox"/> 受給者(お子さん)本人分 ▼ 受給者本人の保険証に被保険者氏名が記載されていない場合、以下も必要です。 <input type="checkbox"/> 被保険者分											
④	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票記載事項証明書(本籍不要、続柄必要)	【市役所・町役場等にて発行】										
⑤	<input type="checkbox"/> 市町民税課税(非課税)証明書											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受給者が加入する医療保険の種類</th> <th>提出が必要な方</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>国民健康保険</td> <td>※中学生以下は不要</td> <td rowspan="2"> ▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/>受給者本人分 <input type="checkbox"/>住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分 </td> </tr> <tr> <td>国民健康保険組合</td> <td>※中学生以下も含む</td> </tr> </tbody> </table>	受給者が加入する医療保険の種類	提出が必要な方		国民健康保険	※中学生以下は不要	▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分	国民健康保険組合	※中学生以下も含む	【市役所・町役場等にて発行】 【発行年度】 4月～6月申請：前年度分 7月～翌3月申請：当年度分		
	受給者が加入する医療保険の種類	提出が必要な方										
	国民健康保険	※中学生以下は不要	▼以下の両方が必要です。 <input type="checkbox"/> 受給者本人分 <input type="checkbox"/> 住民票上の世帯員のうち、受給者と同じ医療保険に加入している方全員分									
国民健康保険組合	※中学生以下も含む											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)</td> <td> <input type="checkbox"/>被保険者分 ただし、被保険者が非課税の場合で、以下の条件に該当する場合は、追加でもう1名分必要です。 被保険者が申請者以外の人で かつ 申請者が高校生以上の場合 →<input type="checkbox"/>申請者本人分も必要 被保険者が受給者本人で かつ 受給者が18歳未満の場合 →<input type="checkbox"/>保護者(収入が高い方)分も必要 </td> </tr> <tr> <td>生活保護受給者</td> <td>生活保護受給証明書</td> </tr> </tbody> </table>	被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)	<input type="checkbox"/> 被保険者分 ただし、被保険者が非課税の場合で、以下の条件に該当する場合は、追加でもう1名分必要です。 被保険者が申請者以外の人で かつ 申請者が高校生以上の場合 → <input type="checkbox"/> 申請者本人分も必要 被保険者が受給者本人で かつ 受給者が18歳未満の場合 → <input type="checkbox"/> 保護者(収入が高い方)分も必要	生活保護受給者	生活保護受給証明書								
被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)	<input type="checkbox"/> 被保険者分 ただし、被保険者が非課税の場合で、以下の条件に該当する場合は、追加でもう1名分必要です。 被保険者が申請者以外の人で かつ 申請者が高校生以上の場合 → <input type="checkbox"/> 申請者本人分も必要 被保険者が受給者本人で かつ 受給者が18歳未満の場合 → <input type="checkbox"/> 保護者(収入が高い方)分も必要											
生活保護受給者	生活保護受給証明書											
⑥	<input type="checkbox"/> 保険照会に係る同意書(生活保護受給者で医療保険未加入者は不要)	【保護者が記入】										
⑦	<input type="checkbox"/> 医療意見書の研究利用に係る同意書(任意)	【保護者が記入】										
⑧	<input type="checkbox"/> おたずね票(可能な範囲でご記入ください。)	【保護者が記入】										

【 該当する方のみが提出する書類 】

⑨	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書 【必要な方】「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する方	【指定医が記入】								
⑩	<input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書 (お持ちの方は) 身体障害者手帳 (コピー) または療育手帳 (コピー) 【必要な方】「重症患者認定基準」または「高額かつ長期」に該当する方	【保護者が記入】								
⑪	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 (コピー) 【必要な方】血友病A、血友病Bの方									
⑫	<input type="checkbox"/> 障害年金・特別児童扶養手当等の支給通知書、振込額がわかる通帳 (コピー) ・「⑤市町民税課税 (非課税) 証明書」の「提出が必要な方」全員が非課税の場合で、右表①～⑧の非課税収入がある場合にご提出ください。	<table border="1"> <tr> <td>①障害年金</td> <td>②遺族年金</td> </tr> <tr> <td>③特別児童扶養手当</td> <td>④障害児福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑤特別障害者手当</td> <td>⑥経過的福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑦特別障害給付金</td> <td>⑧障害 (補償) 給付金</td> </tr> </table>	①障害年金	②遺族年金	③特別児童扶養手当	④障害児福祉手当	⑤特別障害者手当	⑥経過的福祉手当	⑦特別障害給付金	⑧障害 (補償) 給付金
①障害年金	②遺族年金									
③特別児童扶養手当	④障害児福祉手当									
⑤特別障害者手当	⑥経過的福祉手当									
⑦特別障害給付金	⑧障害 (補償) 給付金									
⑬	<input type="checkbox"/> 世帯按分対象者の特定医療費 (指定難病) 受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証 (コピー) ・受給者と同じ医療保険に加入している方で、指定難病または小児慢性特定疾病医療費助成の受給者証をお持ちの方がいる場合にご提出ください。									

個人番号について

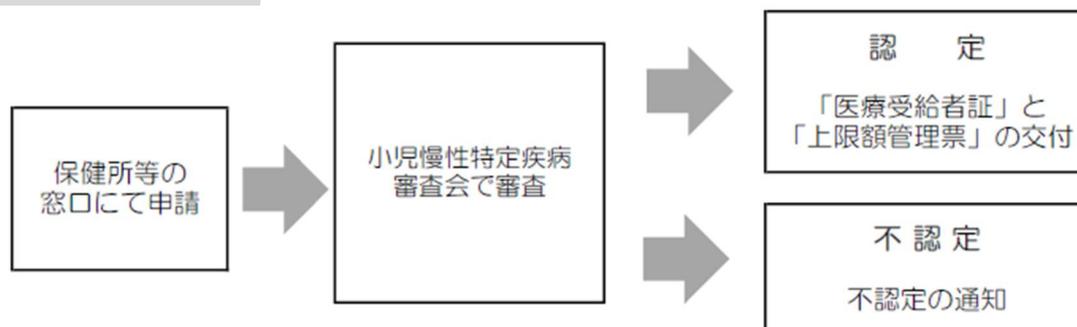
新規申請時に、申請者 (お子さん)、申請者、世帯員の個人番号の記載と申請窓口にご提示ください。

○個人番号カード

個人番号が確認できる書類 (通知カード※または個人番号が記載された住民票) と次の1または2の書類

- (1) 顔写真付きの公的機関が発行した身分証明書を1点 (運転免許証、パスポート等)
- (2) 顔写真のない身分証明書を2点 (住民票、健康保険証、年金手帳等)

申請から認定までの流れ



- ・ 申請時に御提出いただく医療意見書などの「文書料」は申請者の負担になります。御了承ください。

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付について

日常生活に支障がある方について、日常生活用具を給付する制度があります。給付品目は下記のとおりです。給付には一定の基準があり、世帯の所得に応じた一部自己負担金が必要です。

給付の手続き等については、住所地の市町保健福祉担当課におたずねください。

給付品目

①便器 ②特殊マット ③特殊便器 ④特殊寝台 ⑤歩行支援用具 ⑥入浴補助用具⑦特殊尿器 ⑧体位変換器 ⑨車いす（電動以外）⑩頭部保護帽 ⑪電気式たん吸引器 ⑫クールベスト ⑬紫外線カットクリーム ⑭ネブライザー（吸入器） ⑮パルスオキシメーター ⑯ストーマ装具 ⑰人工鼻 ⑱チューブ型包帯

小児在宅療育相談指導事業について

専門の経験豊富な療育相談員（看護師）が個別に相談をお受けしています

電話相談： 月～金曜日 10:00～14:00（ただし、祝日、年末年始を除く）

電話番号： 090-6233-4256

メール相談：<https://www.biwakogakuen.or.jp/publics/index/380/>



【問い合わせ・申請窓口】

お住まいの地域	名称	所在地	電話番号
草津市・栗東市 守山市・野洲市	草津保健所	〒525-8525 草津市草津三丁目 14-75	077-562-3534
甲賀市・湖南市	甲賀保健所	〒528-8511 甲賀市水口町水口 6200	0748-63-6148
東近江市・日野町 近江八幡市・竜王町	東近江保健所	〒527-0023 東近江市八日市緑町 8-22	0748-22-1300
彦根市・愛荘町 豊郷町・甲良町・多賀町	彦根保健所	〒522-0039 彦根市和田町 41	0749-21-0281
長浜市・米原市	長浜保健所	〒526-0033 長浜市平方町 1152-2	0749-65-6610
高島市	高島保健所	〒520-1621 高島市今津町今津 448-45	0740-22-2419

県庁担当課： 滋賀県健康医療福祉部健康しが推進課 077-528-3547