

函館市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱

第1 目的

児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号。以下「令」という。）第1条に規定するもの（以下「小慢児童等」という。）の健全育成の観点から、法第6条の2第3項に規定する医療（以下「小児慢性特定疾病医療支援」という。）に係る医療費の一部を助成し、小慢児童等家庭の医療費の負担軽減を図るため、法第19条の3第3項の規定に基づいて行う小児慢性特定疾病医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続きおよび運営等について、円滑かつ適切に実施するため、法、令、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「省令」という。）、小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱（平成26年12月3日付け雇児発1203第2号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知中の別紙。以下「実施要綱」という。）および函館市児童福祉法施行細則（平成17年9月30日規則第82条。以下「細則」という。）によるもののほか、必要な事項を定める。

第2 定義

本要綱において次に掲げる用語の定義は、第1に定めるもののほか、次の1～16に定めるところによる。

- 1 「申請者」とは、支給認定の申請を行おうとする者または行った小児慢性特定疾病児童（法第6条の2第2項第1号に規定する小児慢性特定疾病児童をいう。）の保護者（小慢児童の親権を行う者、未成年後見人その他の者で、当該小慢児童を現に監護する者をいう。）または成年患者（同項第2号に規定する成年患者をいう。）をいう。
- 2 「受給者」とは、法第19条の3第7項に規定する医療費支給認定保護者および同条の2第1項に規定する医療費支給認定患者をいう。

- 3 「支給認定世帯」とは、支給認定に係る小慢児童等および令第22条第1項第2号イに規定する医療費支給認定基準世帯員で構成する世帯をいう。なお、医療費支給認定基準世帯員についての具体的な規定は省令第7条の2による。
- 4 「按分世帯」とは、支給認定に係る小慢児童等および令第22条第2項に規定する医療費算定対象世帯員で構成する世帯をいう。なお、医療費算定対象世帯員に係る具体的な規定は、省令第7条の8によるものとする。
- 5 「指定医」とは、法第19条の3第1項に規定する指定医をいう。
- 6 「指定医療機関」とは、法第6条の2第3項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関をいう。
- 7 「医療意見書」とは、法第19条の3第1項に規定する診断書をいう。
- 8 「血友病患者」とは、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について（平成元年7月24日健医発第896号厚生省保健医療局長通知）の別紙「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱」の第3に規定する対象疾病にかかっている小慢児童等をいう。
- 9 「重症患者」とは、支給認定の申請を行う日が属する月以前の12か月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援につき医療費総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月数が6回以上ある当該支給認定に係る小慢児童等（令第22条第1項第2号ロに規定する「高額治療継続者」）または別表1「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に適合した支給認定に係る小慢児童等（令第22条第1項第2号ロに規定する「療養負担過重患者」）をいう。
- 10 「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている支給認定に係る小慢児童等をいう。

- 1 1 「指定難病患者」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病（同法第5条第1項に規定する指定難病をいう。）の患者をいう。
- 1 2 「道単独特定疾患患者」とは、北海道の特定疾患治療研究事業実施要綱（昭和51年4月1日付け保健第1607号衛生部長通知）第8に規定する特定疾患医療受給者証の交付を受けた患者をいう。
- 1 3 「受給者証」とは、法第19条の3第7項に規定する医療受給者証をいう。
- 1 4 「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、支給認定に係る小慢児童等が指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する年度（指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）を課されていない者（均等割および所得割のどちらも非課税）または市の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。
- 1 5 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。ただし、所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、同項に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を80万円として算定した額とする。
- 1 6 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

第3 実施主体

実施主体は函館市とする。

第4 対象者（対象疾病および対象年齢）

小児慢性特定疾病医療支援に係る医療費助成の対象とする者は小慢児童等、すなわち、法第6条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める小児慢性特定疾病にかかっており、当該疾病の状態が、同条第3項の規定に基づき小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める程度であるものであって、18歳未満の児童（18歳到達時点において指定小児慢性特定疾病医療支援（小児慢性特定疾病医療支援のうち、支給認定時に市長により選定された指定医療機関から受ける医療であって、当該支給認定に係る小児慢性特定疾病に係るものをいう。以下同じ。）を受けており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要であると認められる場合には、20歳到達までの者を含む。）とする。

第5 小児慢性特定疾病医療支援

1 小児慢性特定疾病医療支援の範囲

小児慢性特定疾病医療支援の範囲は、小児慢性特定疾病および当該小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療とし、いわゆる併発病等は支援の範囲とならないものとする。

2 小児慢性特定疾病医療費の支給対象となる医療の内容

小児慢性特定疾病医療費の支給対象となる医療の内容は、次に掲げるものとし、疾病を判明させるための検査等については対象とならないものとする。

ア 診察

イ 薬剤または治療材料の支給

ウ 医学的処置、手術およびその他の治療

エ 居宅における療養上の管理およびその治療に伴う世話その他の看護

オ 病院または診療所への入院およびその療養に伴う世話その他の看護

カ 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第6 支給認定の申請

1 支給認定の申請の手続き

(1) 市長は、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けようとする申請者からの申請に基づき、支給認定を行うものとする。

なお、第13の12の規定のとおり、支給認定に係る小慢児童等が血友病患者の場合は自己負担上限月額を0円とする。

(2) 支給認定を受けようとする申請者は、別記第1号様式の申請書に、次のアおよびイの書類を添付し、市長に提出しなければならない。

ア 指定医が作成した医療意見書

イ 次の①～④に掲げるもののうち、いずれかの資料

① 市町村民税の課税状況が確認できる資料

② 被保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者をいう。）または支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号。以下「中国残留邦人等自立支援法」という。）第14条に規定する支援給付をいう。）を受けている者であることが確認できる資料

③ 市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料

④ その他支給認定に係る小慢児童等の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料

ただし、市長は、アおよびイの書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略させることができるものとする。

(3) 指定医が医療意見書の作成に日時を要する場合には、あらかじめ別記第1号様式の申請書だけでも受理することができるものとする。なお、この場合、申請書受理後速やかに医療意見書を提出

するよう求めるものとする。

2 重症患者区分の認定の申請の手続き

重症患者区分の認定を受けようとする申請者または受給者は、別記第2号様式の申告書に、次のアまたはイの書類を添付し、市長に提出しなければならない。

ア 支給認定の申請を行う日が属する月以前の12か月以内に、当該支給認定に係る小慢児童等が受けた小児慢性特定疾病医療支援につき医療費総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月数が6回以上あることを確認できる資料

イ 次の①～④に掲げるもののうち、いずれかの資料

① 指定医が作成した医療意見書

② 障害厚生年金等（厚生年金保険法（昭和29年法律115号）に基づく障害厚生年金，国民年金法（昭和34年法律第141号）に基づく障害基礎年金，国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号），地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）および私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）に基づく障害共済年金をいう。以下同じ。）の証書の写し

③ 身体障害者手帳の写し

④ その他支給認定に係る小慢児童等が別表1「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に適合していることを確認できる資料

3 人工呼吸器等装着者区分の認定の申請の手続き

人工呼吸器等装着者区分の認定を受けようとする申請者または受給者は、医師が所定の欄を記載した別記第3号様式の証明書を市長に提出しなければならない。

なお、この申請書を医療意見書の別紙とし、医療意見書と一連の書類とすることも差し支えないこととする。

4 指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額の特

例に該当する旨の申請の手続き

次のアまたはイのいずれかに該当する場合は、第13の10に掲げる小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額の特例（以下「按分特例」という。）の対象となることから、申請者または受給者は、別記第1号様式の申請書に当該事実を確認できる資料を添付し、市長に申請するものとする。

ア 支給認定に係る小慢児童等が指定難病患者でもある場合（ただし、同一疾病により小児慢性特定疾病と指定難病の受給者証を保持している場合は除く）

イ 支給認定に係る小慢児童等と同一の医療保険に属する按分世帯に、他の支給認定に係る小慢児童等または指定難病患者がいる場合

また、次のウまたはエのいずれかに該当する場合は、按分特例の対象とはならないが、支給認定にあたり必要であることから、申請者または受給者は、別記第1号様式の申請書に当該事実を確認できる資料を添付し、市長に申請するものとする。

ウ 支給認定に係る小慢児童等が道単独特定疾患でもある場合

（ただし、同一疾病により道単独特定疾患患者と指定難病の受給者証を保持している場合は除く）

エ 支給認定に係る小慢児童等と同一の医療保険に属する按分世帯に、他の支給認定に係る小慢児童等または道単独特定疾患患者がいる場合

ただし、市長は、これら資料により証明すべきアからエの事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略させることができるものとする。

5 成長ホルモン治療を行う場合の申請の手続き

成長ホルモン治療に係る支給認定を受けようとする申請者または受給者は、医療意見書に「成長ホルモン治療用意見書」を添付し、市長に申請するものとする。

第7 支給認定

1 支給認定

- (1) 市長は、申請者からの支給認定の申請を受理したときは、速やかに小児慢性特定疾病医療費を支給する旨の認定または不認定をするものとする。
- (2) 市長は、支給認定をしたときは、別記第4号様式の通知書に別記第5号様式の受給者証および別記第6号様式の自己負担上限月額管理票（以下「管理票」という。）を添えて、当該申請者に通知するものとする。
- (3) 市長は、支給認定をしないこととするときは、別に定める函館市小児慢性特定疾病審査会（以下「審査会」という。）にあらかじめ審査を求めなければならないものとし、その結果、支給認定をしないことと判断した場合は、別記第7号様式の通知書により当該申請者に通知するものとする。
- (4) 有効期間の始期は申請の受理日とする。ただし、市長がやむを得ない事情があると認めるときは、医療意見書に記載された治療見込期間の始期を受理日とみなすことができる。
- (5) 有効期間の終期は原則として受理日から1年以内とする。ただし、市長がやむを得ない事情があると認めるときは、1年を超えて適切な期間を設定できるものとする。

2 重症患者等区分の認定

- (1) 市長は、重症患者等区分（重症患者区分および人工呼吸器等装着者区分をいう。以下同じ。）の認定の申請があった場合には、当該申請に係る小慢児童等が重症患者または人工呼吸器等装着者に該当するか否かを審査するものとする。

また、当該申請（重症患者区分の「高額治療継続者」に係る申請を除く。）の審査にあたっては、必要に応じて審査会に意見を求め、当該申請に係る小慢児童等の病状を総合的に勘案して判定するものとする。

- (2) 重症患者等区分の認定の効力は、受給者証に記載された支給認

定の有効期間内に限るものとすることから、小慢児童等が引き続き重症患者等区分の認定を受けようとする場合は、支給認定の更新とともに、改めて重症患者等区分の認定を受けなければならない。

第8 支給認定世帯

- 1 支給認定世帯については、6に掲げる特例に該当する場合を除き、支給認定に係る小慢児童等と同じ医療保険の被保険者をもって、当該小慢児童等の生計を維持するもの（以下「医療費支給認定基準世帯員」という。）として取り扱うものとする。
- 2 家族の実際の居住形態および税制面での取扱いにかかわらず、6に掲げる特例に該当する場合を除き、医療保険の加入関係が異なる場合には別の支給認定世帯として取り扱うものとする。
- 3 申請者は、第6の1の(2)に掲げる書類とともに、申請者の氏名が被保険者本人または被扶養者として記載されている被保険者証、被扶養者証、組合員証など各種医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）の写しおよび当該申請に係る小慢児童等の氏名が記載されている被保険者証等の写しを提出しなければならない。このとき、申請者および支給認定の申請に係る小慢児童等以外に支給認定世帯に属する者がいる場合には、当該者の氏名が記載された被保険者証等の写しも提出しなければならない。

あわせて、申請者は、申請者が加入する各種医療保険の保険者から高額療養費に係る所得区分の認定を受けるため、次のアおよびイに掲げる資料を提出しなければならない。

ア 市長が保険者に医療保険上の所得区分に関する情報の報告を求め、ことに同意する旨の書類（別記第8号様式）

イ 保険者が申請者の所得区分の認定を行うために必要な書類

- 4 支給認定の申請に係る小慢児童等が国民健康保険の被保険者である場合、市長は、申請者に住民票を提出させる等の方法により、申請者の提出した被保険者証等の写しが支給認定世帯全員のものであることを確認するものとする。

ただし、市長は、住民票等により証明すべき事実を公簿等によっ

て確認することができるときは、提出を省略させることができるものとする。

- 5 市町村民税世帯非課税世帯の該当の有無の判断や、市町村民税額（所得割）の支給認定世帯における合計額の算定は、原則として、支給認定の申請に係る小慢児童等が指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する年度（指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあつては、前年度）の課税状況を基準とするものとする。

ただし、小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する月が4月から6月である場合であつて、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に市町村民税世帯非課税世帯の該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の支給認定世帯における合計額の算定についての再確認を省略することができるものとする。

また、毎年1月1日現在において、指定都市の住民であつた者にかかる市町村民税については、地方税法の規定にかかわらず、地方税法および航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する個人住民税所得割の標準税率（6%）により算出された所得割額を用いることとする。

- 6 支給認定の申請に係る小慢児童等が国民健康保険に加入している場合であつて、申請者が後期高齢者医療に加入している場合は、当該小慢児童等と申請者を同一の支給認定世帯とみなすものとする。

第9 支給認定の変更

- 1 受給者が、次に掲げる事項のいずれかを変更する必要があるとき、支給認定の変更を申請しようとするときは、別記第1号様式の申請書に変更のあつた事項を記載し、変更の生じた理由を証明する書類を添付して市長に提出するとともに、受給者証を提示しなければならない。

ただし、市長は、当該変更の生じた理由を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略させることができるものとする。

- ア 自己負担上限月額の変更（階層区分の変更または重症患者等区分および按分特例の適用により自己負担上限月額の自己負担上限

額の変更を伴う場合に限る)

- イ 受療を希望する指定医療機関の変更もしくは追加
 - ウ 支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更もしくは追加
- 2 受給者は、次に掲げる事項のいずれかに変更があったときは、別記第9号様式の届出書に変更のあった事項を記載し、変更の生じた理由を証明する書類を添付して市長に提出するとともに、受給者証を提示しなければならない。

ただし、市長は、当該変更の生じた理由を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略させることができるものとする。

- ア 受給者の氏名、居住地、連絡先および支給認定に係る小慢児童等との続柄
- イ 支給認定に係る小慢児童等の氏名、居住地および連絡先
- ウ 被保険者証の記号、番号、保険者名および支給認定に係る小慢児童等と同一の加入者
- エ 受療している指定医療機関の名称および所在地
- オ 自己負担上限月額算定のために必要な事項のうち変更があった事項

3 市長は、1により階層区分の変更の必要があると判断した場合は、支給認定の変更の申請を受理した日の属する月の翌月（当該変更申請が行われた日が属する月の初日である場合は、当該月）の初日から新たな階層区分を適用するものとし、1の申請を行った受給者に対して、別記第10号様式の通知書に、新たな階層区分と自己負担上限月額を記載した受給者証および新たな自己負担上限月額を記載した管理票を添えて通知するものとする。

4 市長は、1により階層区分の変更の必要がないと判断した場合は、1の申請を行った受給者に対して、別記第11号様式の通知書により通知するものとする。

5 市長は、1により受療を希望する指定医療機関の変更または追加の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日に遡って、

指定医療機関の変更または追加を認めるものとし、1の申請を行った受給者に対して、別記第10号様式の通知書に、新たな指定医療機関を記載した受給者証を添えて通知するものとする。

なお、指定医療機関の変更または追加の必要がないと判断した場合は、4と同様の手続きを取るものとする。

- 6 市長は、1の支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更または追加の申請があったときは、1の申請を行った受給者に対して、指定医が作成した医療意見書の提出を求めるとともに、当該医療意見書に基づき小児慢性特定疾病医療支援の要否を判定し、支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更または追加の必要があると判断した場合は、1の申請を行った受給者に対して、当該支給認定の変更の申請を行った日に遡って小児慢性特定疾病医療費を支給するものとし、別記第10号様式の通知書に、新たな小児慢性特定疾病の名称、 疾患群の名称または疾患群番号を記載した受給者証を添えて通知するものとする。

また、このことにより支給認定に係る小児慢性特定疾病が増えた場合でも、受給者証の発行は一枚とするものとする。

なお、指定医療機関の変更または追加の必要がないと判断した場合は、4と同様の手続きを取るものとする。

- 7 市長は、2の届出書を受理した場合は、届け出られた変更の内容について受給者証の記載事項を変更し、届出を行った受給者に交付するものとする。

第10 支給認定の更新

- 1 受給者が、支給認定の有効期間の終了に際し支給認定の更新（以下「更新」という。）の申請を行う場合は、別記第1号様式の申請書に、次のアからウの書類を添付し、市長に提出しなければならない。

ア 指定医が作成した医療意見書

イ 当該申請に係る小慢児童等の属する支給認定世帯全員の被保険者証等の写し

ウ 次の①～④に掲げるもののうち、いずれかの資料

- ① 市町村民税の課税状況が確認できる資料
- ② 被保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者をいう。）または支援給付（中国残留邦人等自立支援法第14条に規定する支援給付をいう。）を受けている者であることが確認できる資料
- ③ 市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料
- ④ その他支給認定に係る小慢児童等の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料

ただし、市長は、アからウの書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略させることができるものとする。

- 2 市長は、申請のあった更新について認定をしたときは、第7の1の(2)と同様の手続きによるものとする。
- 3 市長は、申請のあった更新について認定しないこととするときは第7の1の(3)と同様の手続きによるものとする。

第11 支給認定の取り消し

- 1 市長は、申請者または受給者が、支給認定、支給認定の変更および支給認定の更新の申請に関し虚偽の申請をしたと認められるときは、支給認定を取り消すことができるものとする。
- 2 市長は、1により支給認定を取り消した場合は、別記第12号様式の通知書により通知するものとする。

第12 受給者証の再交付または返還

- 1 受給者が、支給認定の有効期間内において、受給者証を破損、汚損または紛失し、再交付を申請しようとするときは、別記第13号様式の申請書を市長に提出しなければならない。また、破損または汚損による申請の場合は、あわせて当該受給者証を提示しなければならない。

2 受給者は、次に掲げるいずれかに該当することとなったときは、別記第14号様式の返還届により、受給者証を速やかに市長に返還しなければならない。

ア 支給認定に係る小慢児童等が治癒、死亡等の理由により小児慢性特定疾病医療支援を受ける必要がなくなったとき

イ 受給者が他の都道府県等に転出したとき

ウ 第11の1により支給認定を取り消されたとき

エ 第9の3から7に掲げる手続きにより新たな受給者証を交付されたとき

オ 1のうち破損または汚損による申請により新たな受給者証を交付されたとき

カ 1のうち紛失による申請により新たな受給者証を交付された後紛失した受給者証を発見したとき

キ その他の理由により支給認定を行う必要がなくなったとき

第13 自己負担上限月額

1 支給認定に係る小慢児童等が指定医療機関で指定小児慢性特定疾病医療支援を受けた際に、受給者が当該指定医療機関に支払う自己負担上限月額は、別表2「指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額」に定める額とするものとする。

なお、数字の小さい階層区分の自己負担上限月額から適用するものとする。

2 別表2における階層区分Ⅰに該当するのは、次のアまたはイのいずれかに該当する場合とするものとする。

ア 支給認定世帯の世帯員が生活保護法の被保護者もしくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）

イ 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）もしくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、階層区分Ⅱ（低所得者Ⅰ）または人工呼吸器等装着者区分の自己負担上限月額を適

用した場合において保護（生活保護法第2条に規定する保護をいう。以下同じ。）または支援給付を必要とする状態となる者

3 別表2における階層区分Ⅱ（低所得Ⅰ）に該当するのは、次のアまたはイのいずれかに該当する場合とするものとする。

ア 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯であって、受給者に係る①から③に掲げるいずれかの収入の合計金額が80万円以下である場合

イ 支給認定世帯の世帯員が要保護者もしくは要支援者であって、階層区分Ⅲ（低所得Ⅱ）の自己負担上限月額を適用した場合において保護または支援給付を必要とする状態になる場合

①地方税法上の合計所得金額（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とする。）

②所得税法上の公的年金等の収入金額

③省令第7条の5各号に掲げる各給付の合計金額

4 別表2における階層区分Ⅲ（低所得者Ⅱ）に該当するのは、次のアまたはイのいずれかに該当する場合とするものとする。

ア 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合

イ 支給認定世帯の世帯員が要保護者もしくは要支援者であって、階層区分Ⅳ（一般所得Ⅰ）の自己負担上限月額を適用した場合において保護または支援給付を必要とする状態になる場合

5 別表2における階層区分Ⅳ（一般所得Ⅰ）に該当するのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が7万1千円未満の場合とするものとする。

6 別表2における階層区分Ⅴ（一般所得Ⅱ）に該当するのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円未満の場合とするものとする。

7 別表2における階層区分Ⅵ（上位所得）に該当するのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっ

ている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円以上の場合とするものとする。

8 別表2における重症患者区分に該当するのは、支給認定世帯の小慢児童等が「重症患者」に該当し、受給者が市長から「重症患者」区分の認定を受けた場合とするものとする。

9 別表2における人工呼吸器等装着者区分に該当するのは、支給認定世帯の小慢児童等が「人工呼吸器等装着者」に該当し、受給者が市長から「人工呼吸器等装着者」区分の認定を受けた場合とするものとする。

10 支給認定に係る小慢児童等が指定難病患者でもある場合または按分世帯内に他の支給認定に係る小慢児童等もしくは指定難病患者がいる場合には、上記2～9の区分に基づき適用されることとなる自己負担上限月額にかかわらず、当該自己負担上限月額に医療費按分率（按分世帯における次のアおよびイの額の合算額で、次のアおよびイのうち当該按分世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とするものとする。

ア 受給者が属する階層区分の自己負担上限月額

イ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成26年政令第358号）第1条第1項に規定する負担上限月額

なお、按分世帯内に支給認定に係る小慢児童等および指定難病患者が複数いる場合には、おのおのアの自己負担上限月額およびイの負担上限月額を全て合算するものとする。

11 支給認定に係る小慢児童等が道単独特定疾患患者でもある場合または按分世帯内に他の支給認定に係る小慢児童等もしくは道単独特定疾患患者がいる場合の自己負担上限月額については、別に定めるとおりとする。

12 血友病患者に係る支給認定の申請については、自己負担上限月額0円で支給認定するものとする。

- 1 3 災害等により、支給認定世帯における前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を勘案して自己負担上限月額に係る階層区分の見直しを行うなど配慮するものとする。

第1 4 入院時食事療養費

別表2の階層区分Iに属する受給者、生活保護移行防止のため食事療養費減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費減免者」という。）および血友病患者に係る受給者の入院時の食事療養については、医療保険における入院時の食事療養に係る標準負担額と同額を小児慢性特定疾病医療費で支払い、受給者の自己負担額は0円とし、それ以外の受給者は、医療保険における入院時の食事療養に係る標準負担額の2分の1の金額を自己負担するものとする。

第1 5 自己負担上限月額管理

- 1 第7の1の(2)および第9の3に規定する管理票は、受給者の自己負担上限月額が0円である者には交付を要しないものとする。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、指定医療機関で指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける際に、受給者証とともに管理票を指定医療機関に提示するものとする。
- 3 管理票を提示された指定医療機関は、受給者から所定の自己負担額を徴収した際に、徴収した当該自己負担額および当月中に当該受給者が指定小児慢性特定疾病医療支援について支払った自己負担の累積額および医療費総額を管理票に記載するものとする。

また、当該月の自己負担の累積額が当該受給者に適用された自己負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

- 4 入院時の食事療養に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まれないものとする。
- 5 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

第16 指定医療機関の窓口における自己負担額

受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であることから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、指定医療機関における自己負担の徴収にあたっては、10円未満の金額は四捨五入するものとする

第17 その他

1 税金等未申告者の取扱い

非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できない場合、階層区分を上位所得として取り扱うものとする。

2 指定医療機関

市長は、指定医療機関について一覧を作成し、告示するものとする。また、指定医療機関に新規指定や廃止等の異動があった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を告示するとともに、当該指定医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会に送付するものとする。

3 指定医療機関における診療報酬の請求および支払

指定医療機関は、診療報酬の請求を行うにあたり、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会に提出するものとする。

4 診療報酬の審査、決定および支払

診療報酬の審査については「小児慢性特定疾病医療費の審査支払事務を社会保険診療報酬支払基金に委託する契約について」（平成26年11月18日付け雇児発1118第4号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）および「小児慢性特定疾病の医療費の審査支払事務を国民健康保険団体連合会に委託する契約について」（平成26年11月18日付け雇児発1118第5号厚生労働省雇用均等

・児童家庭局長通知) の定めるところによるものとする。

5 医療意見書

市長は、指定医および指定医療機関に対して、小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請書に添付する医療意見書については、小児慢性特定疾病対策のポータルサイト「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページに掲載しているものを活用するよう周知するものとする。

また、医療意見書の内容については、小児慢性特定疾病の治療研究の推進のためのデータベースに登録されることとなることから、市長は、小児慢性特定疾病等のデータの登録について、厚生労働大臣あて「小児慢性特定疾病にかかる医療費助成申請における医療意見書の研究利用についての同意書（実施要綱中別紙様式第7号）」により、小児慢性特定疾病児童の保護者または成年患者の同意を得るものとする。

ただし、この同意の有無が支給認定の認否に影響を及ぼすものではないことに留意するものとする。

6 台帳

市長は、支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の台帳について、次に掲げるアからシまでを記載項目とする小児慢性特定疾病医療費支給台帳を整備するものとする。

ア 公費負担者番号

イ 受給者番号

ウ 保険区分

エ 支給認定に係る小児慢性特定疾病等の住所、氏名、性別および生年月日

オ 受給者の住所、氏名および支給認定に係る小児慢性特定疾病児童との続柄

カ 受診指定医療機関

キ 疾病名

ク 疾患群

ケ 認定期間

コ 入院・通院別実診療日数

サ 転帰

シ 自己負担上限月額

7 個人情報の取扱い

市長は、小慢児童等に与える精神的影響と、その病状に及ぼす影響を考慮して、知り得た事実の取扱いについて慎重に取り扱うよう配慮するとともに、特に個人情報（複数の情報を組み合わせることにより個人が特定され得る情報も含む。）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するものとする。また、関係者に対してもその旨を指導するものとする。

第18 雑則

この要綱に定めるもののほか、支給認定の事務手続きおよび運営等に関し、必要な事項は別に定めるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。
- 2 旧要綱は廃止する。

ただし、この要綱の施行の日以後に旧治療研究事業に係る償還払の申請、支給認定の変更その他の申請等がなされた場合は、旧要綱の相当規定により行われた事業とみなし、その時点において旧要綱は存続しているものとみなす。

また、この要綱の施行後、当分の間は、旧要綱に規定する申請書等をこの要綱に基づく申請書等とみなして使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年1月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年7月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行後、当分の間は、旧要綱に規定する申請書等をこの要綱に基づく申請書等とみなして使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行後、当分の間は、旧要綱に規定する申請書等をこの要綱に基づく申請書等とみなして使用することができるものとする。

別表1

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

- ① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合

| 対象部位 | 症状の状態 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 眼 | 眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの） |
| 聴器 | 聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの） |
| 上肢 | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したものの） |
| | 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したものの） |
| | 一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したものの） |
| 下肢 | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したものの） |
| | 両下肢を足関節以上で欠くもの |
| 体幹・脊柱 | 1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの） |
| 肢体の機能 | 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの） |

② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

| 疾患群 | 治療状況等の状態 |
|-------------------|---------------------------------------------------------|
| 悪性新生物 | 転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの |
| 慢性腎疾患 | 血液透析又は腹膜透析(CAPD(持続携帯腹膜透析)を含む。)を行っているもの |
| 慢性呼吸器疾患 | 気管切開管理又は挿管を行っているもの |
| 慢性心疾患 | 人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの |
| 先天性代謝異常 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 神経・筋疾患 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 慢性消化器疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの |
| 皮膚疾患 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 骨系統疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 脈管系疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |

別表 2

指定小慢性疾病医療支援に係る自己負担上限月額

(単位：円)

| 階層区分 | 階層区分の基準 | | 自己負担上限額 (患者負担割合：2割，外来+入院) | | |
|--------|-----------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|---------------|
| | | | 原則 | | |
| | | | 一般 | 重症患者 (※1) | 人工呼吸器等 装着者 |
| I | 生活保護等 | | 0 | | 0 |
| II | 市町村民税 | 低所得 I (～80万円) | 1,250 | | 500 |
| III | 非課税 | 低所得 II (80万円超～) | 2,500 | | |
| IV | 一般所得 I (市町村民税課税以上7.1万円未満) | | 5,000 | 2,500 | |
| V | 一般所得 II (市町村民税7.1万円以上25.1万円未満) | | 10,000 | 5,000 | |
| VI | 上位所得 (市町村民税25.1万円以上) | | 15,000 | 10,000 | |
| 入院時の食費 | | | 2分の1自己負担 (※2) | | |

(※1) 下記のいずれかに該当する者

①高額治療継続者

(医療費総額が5万円/月 (例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月) を超えた月が年間6回以上ある場合)

②療養負担過重患者 (重症患者認定基準に適合するもの)

(※2) 階層区分 I に属する受給者および血友病患者に係る受給者の入院時の食費の自己負担額は0円となります。

別記第1号様式

| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更） | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|----------------|--------------------|------|---|
| 受診者 | フリガナ | | | 年齢 | 歳 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | | 年 | 月 |
| | 個人番号 | | | | 電 | 話 | |
| | 居住地 | | | | | | |
| | 小児慢性特定疾病の名称 | | | | | | |
| | 指定難病の医療費の支給の有無 | 有・無 | | 指定難病の医療費の支給者番号 | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | 受診者との続柄 | | | |
| | 保険種別 | | | 被保険者証等の記号・番号 | | | |
| | 被保険者証等発行機関名 | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | | 受診者との続柄 | | | |
| | 氏名 | | | 生計中心者氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 居住地 | | | 電 | 話 | | |
| 医療費支給認定基準世帯員 | 氏名 | 個人番号 | 受診者との続柄 | 指定難病の医療費の支給の有無 | 小児慢性特定疾病の医療費の支給の有無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| | | | | 有・無 | 有・無 | | |
| 該当する階層区分 | 生活保護・支援給付・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得 | | | | | | |
| 自己負担上限月額の特例 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 世帯内 ^{あん} 按分特例 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 | | | | | | |

| | 医療機関名 | 所在地および電話番号 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| 受診を希望する 指定医療機関 (薬局および指定 訪問看護事業者 等を含む。) | | |
| 小児慢性特定疾病の医療費の受給者番号 | | |
| <p>小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。なお、この申請に係る小児慢性特定疾病医療費の支給の認定に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者の収入、課税の状況、資産の所有の状況および生活保護または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第1項に規定する支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第1項に規定する支援給付および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第106号。以下「平成25年改正法」という。）附則第2条第1項または第2項の規定によりなお従前の例によることとされる平成25年改正法による改正前の中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第1項に規定する支援給付を含む。）の受給の状況について、住民基本台帳および税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>函館市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> | | |

添付書類

- 1 新規または更新の申請の場合は、児童福祉法施行規則第7条の9第2項に規定する書類
- 2 変更の申請の場合は、児童福祉法施行規則第7条の9第4項に規定する書類

- 注 1 受診者欄および支給認定基準世帯員欄において指定難病の医療費を受給している場合とは、指定難病の医療費の受給について申請中である場合を含みます。
- 2 申請者欄は、受診者本人と異なる場合に記入。受診者本人である場合は本人と記載する。
 - 3 申請者欄の居住地および電話番号は、これらが受診者と異なる場合に記入してください。
 - 4 申請者欄の生計中心者氏名は、生計中心者が申請者と異なる場合に記入してください。
 - 5 医療費支給認定基準世帯員欄、該当する階層区分欄および自己負担上限月額の特例欄については、別紙記載要領を参照のうえ、記入してください。
 - 6 小児慢性特定疾病の医療費の受給者番号欄は、更新または変更の申請の場合に記入してください。

重症患者認定申告書

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) |
| 氏名 | | | |
| ①高額かつ長期 | | | |
| 高額治療継続者の認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援（支給認定を受けた月以後のものに限る。）につき、医療費総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月数が6回以上ある者をいう。 | | | |
| 添付書類 | 1. 自己負担上限月額管理表 2. その他（ ） | | |
| ②重症度 | | | |
| 添付書類 | 1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証明書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他（ ） | | |
| 基準① | | | |
| すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合 | | | |
| 対象の部位 | 該当箇所○ | 症状の状態 | |
| 眼 | | 眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの） | |
| 聴器 | | 聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの） | |
| 上肢 | | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの） | |
| | | 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの） | |
| | | 一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの） | |
| 下肢 | | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したもの） | |
| | | 両下肢を足関節以上で欠くもの | |
| 体幹・脊柱 | | 1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの） | |
| 肢体の機能 | | 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したものの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの） | |
| 基準② | | | |
| 基準①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合と認められる場合 | | | |
| 疾患群 | 該当箇所○ | 治療状況等の状態 | |
| 悪性新生物 | | 転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの | |
| 慢性腎疾患 | | 血液透析又は腹膜透析（CAPD（持続携帯腹膜透析）を含む。）を行っているもの | |
| 慢性呼吸器疾患 | | 気管切開管理又は挿管を行っているもの | |
| 慢性心疾患 | | 人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの | |
| 先天性代謝異常 | | 発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの | |
| 神経・筋疾患 | | 発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの | |
| 慢性消化器疾患 | | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの | |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | | この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの | |
| 皮膚疾患 | | 発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの | |
| 骨系統疾患 | | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの | |
| 脈管系疾患 | | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの | |

人工呼吸器等装着者証明書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|------|----|-----|-------|---------|--------|-----|-------|---------|--------|---------------|-------|---------|--------|---------|-------|---------|--------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生(満 | 歳) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療受給者証に記載されている疾病名 | 人工呼吸器 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 体外式補助人工心臓等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①人工呼吸器の使用について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注1) 人工呼吸器装着者とは、気管チューブを介して人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介して人工呼吸器を使用している者をいう。 (注2) 気管チューブとは口、鼻および気管切開口を介して気管内に留置するチューブ・カニューラをいう。 (注3) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器装着の有無 | 1. あり(年 月から) 2. なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器の使用法(注2) | 1. 気管チューブを介した人工呼吸器使用 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施行状況(注3) | 1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 概ね1年以内に離脱の見込み | 1. あり 2. なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②体外式補助人工心臓等の使用について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (注4) 体外式補助人工心臓等とは、体外式補助人工心臓及び埋込式補助人工心臓をいう。 (注5) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体外式補助人工心臓等の装着の有無 | 1. あり(年 月から) 2. なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体外式補助人工心臓等の装着の種類(注4) | 1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施行状況(注5) | 1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 概ね1年以内に離脱の見込み | 1. あり 2. なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③生活状況等の評価について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活状況の評価 | <table border="0"> <tr> <td>○食事</td> <td>1. 自立</td> <td>2. 部分介助</td> <td>3. 全介助</td> </tr> <tr> <td>○更衣</td> <td>1. 自立</td> <td>2. 部分介助</td> <td>3. 全介助</td> </tr> <tr> <td>○移乗(※)・屋内での移動</td> <td>1. 自立</td> <td>2. 部分介助</td> <td>3. 全介助</td> </tr> <tr> <td>○屋外での移動</td> <td>1. 自立</td> <td>2. 部分介助</td> <td>3. 全介助</td> </tr> </table> | | | | | | ○食事 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | ○更衣 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | ○移乗(※)・屋内での移動 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | ○屋外での移動 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 |
| | ○食事 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○更衣 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○移乗(※)・屋内での移動 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○屋外での移動 | 1. 自立 | 2. 部分介助 | 3. 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動 【評価基準】 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 記載年月日： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が認定されている疾病によって生じている場合に本証明書を提出してください。

小児慢性特定疾病医療費支給認定通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった小児慢性特定疾病医療費の支給については、次のとおり認定し、小児慢性特定疾病医療受給者証を交付するので通知します。

| | | | |
|----------------------------------|-----------------|----|-----------|
| 受給者番号 | | | |
| 受診者の氏名 | | | |
| 小児慢性特定疾病の名称 | | | |
| 成長ホルモン治療 | | | |
| 指定小児慢性特定疾病医療支援を受ける指定小児慢性特定疾病医療機関 | 種類 | 名称 | 所在地および連絡先 |
| | 病院または診療所 | | |
| | 薬局 | | |
| | 指定訪問看護事業者等 | | |
| 負担上限月額 | 円 | | |
| 食事療養費 | | | |
| 支給認定の有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 特記事項 | | | |

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第5号様式

(表面)

| | | | |
|----------------|----------------|------------------|-----|
| 小児慢性特定疾病医療受給者証 | | | |
| 公費負担者番号 | | | |
| 受給者番号 | | | |
| 受診者 | 居住地 | | |
| | フリガナ | ----- | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 疾病名 | 成長 ホルモン 治療 | |
| 保護者 | 居住地 | | |
| | フリガナ | ----- | |
| | 氏名 | 続柄 | |
| 加入保険 | 保険者名 | | |
| | 被保険者証等の記号・番号 | 適用 区分 | |
| 指定医療 機関名 | ----- ----- | | |
| 自己負担 上限月額 | 円 | 食事 療養費 | |
| 有効期間 | | | |
| 上記のとおり認定します。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 函館市長 | | | 印 |

(裏面)

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項 | |
| 1 | この証を交付された方は、小児慢性特定疾病について保険診療を受けた場合、表面に記載された額（自己負担上限月額）までを限度とする金額を医療機関に対して支払うこととなります。 |
| 2 | 対象となる医療は、支給認定の対象となった小児慢性特定疾病および当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。 |
| 3 | 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。 |
| 4 | 氏名、居住地、加入している医療保険または受診している医療機関等に変更があったときは、すみやかに函館市長にその旨を届け出てください。 |
| 5 | 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに函館市長に返還してください。 |
| 6 | この証を破損したり、汚したりまたは紛失した場合は、函館市長にその旨を届け出てください。 |
| 7 | この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。 |
| 8 | その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関してのお問合せは、下記に連絡してください。 |
| 連絡先 函館市 部 課 (電話 - -) | |
| 指定医療機関に対するお願 | |
| 小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認したうえで診療報酬の請求をお願いします。 | |
| 成長ホルモン治療欄に、有の記載がない場合は成長ホルモン治療は医療助成の対象外となりますので御留意ください。 | |

【注意事項】

- 1 小児慢性特定疾病医療の受給者から本管理表を提示されましたら、
所定の自己負担額を徴収した際に、所定の欄への記載をお願いします。
- 2 自己負担の徴収にあたっては、健康保険法第75条に規定する一部
負担金の端数処理の規定が適用されますので、10円未満の金額につ
いては、四捨五入してください。
- 3 当該月の自己負担の累積額が「月額自己負担上限額」の金額に達し
た場合は、その旨を一番下の欄にも記載してください。
また、受給者から、当該月の自己負担の累積額が「月額自己負担上
限額」に達した旨の記載のある管理票の提示を受けた場合、当該月
においては自己負担を徴収しないでください。
ただし、医療費総額については、当該月の分を全て記載してくださ
い。
- 4 入院時食事療養に係る自己負担額は、当該管理票での当該月の自己
負担の累積額には含まれませんので、御注意ください。

※その他不明な点は、函館市子ども未来部母子保健課までお問い合わせ
ください。(電話 0138-32-1533)

別記第7号様式

小児慢性特定疾病医療費支給不認定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった小児慢性特定疾病医療費の支給については、次の理由により支給の認定をしないことと決定したので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、函館市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

函 館 市 長 様

申 請 者

住 所

氏 名

受診者との関係（続柄）

受 診 者

住 所

（申請者と同じ場合は「同上」で可）

氏 名

別記第9号様式

| 小児慢性特定疾病保護者等氏名等変更届出書 | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|---------|-------|
| 小児慢性特定疾病保護者等の氏名等を変更したので、次のとおり届け出ます。 | | | | 年 月 日 |
| 函館市長 様 | | | | |
| 届出者 | フリガナ | | 受診者との続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 居住地 | | 電 話 | |
| 受診者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | |
| | 居住地 | | 電 話 | |
| 受給者番号 | | | | |
| 支給認定の有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| 変更の内容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 | |
| | 受診者に関する事項 (氏名, 居住地 および連絡先) | | 年 月 日変更 | |
| | 申請者に関する事項 (氏名, 居住地, 連絡先 および受診者との続柄) | | 年 月 日変更 | |
| | 被保険者証等に関する 事項(記号および番号, 保険者名ならびに受診者 と同一の加入者) | | 年 月 日変更 | |
| | 受診する指定医療 機関に関する事項(名称および所在地) | | 年 月 日変更 | |
| | 小児慢性特定疾病医療 支援負担上限月額 の算定のために必要 な事項のうち変更 があった事項 | | 年 月 日変更 | |

添付書類

- 1 医療費支給認定に係る医療受給者証
- 2 変更の内容に係る事項を証明する書類

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった小児慢性特定疾病医療費の支給認定の変更については、次のとおり変更することと決定したので通知します。

| | | |
|-------------|----------------|----------|
| 受 給 者 番 号 | | ----- |
| 受 診 者 の 氏 名 | | |
| 変更後の支給認定の内容 | 変 更 事 項 | 変 更 内 容 |
| | 指定小児慢性特定疾病医療機関 | 病院または診療所 |
| | 薬 局 | |
| | 指定訪問看護事業者等 | |
| | 負担上限月額に関する事項 | |
| | 食事療養費 | |
| | 小児慢性特定疾病の名称 | |

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第 1 1 号様式

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更却下通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった小児慢性特定疾病医療費の支給認定の変更については、次の理由により変更しないことと決定したので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第 1 2 号様式

小児慢性特定疾病医療費支給認定取消通知書

年 月 日

様

函館市長

印

児童福祉法第 19 条の 6 第 1 項の規定により，次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給認定を取り消したので通知します。

| | |
|-------------|-------|
| 受 給 者 番 号 | ----- |
| 受 診 者 氏 名 | |
| 保 護 者 氏 名 | |
| 取 消 年 月 日 | 年 月 日 |
| 取 消 し の 理 由 | |

小児慢性特定疾病医療受給者証を次のとおり返還してください。

1 返還先

2 返還期限

年 月 日

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また，この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても，処分の日から 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし，処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に審査請求をした場合には，処分の取消しの訴えは，その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に提起することができます。

別記第13号様式

| 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書 | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-------------|
| <p>小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>函館市長 様</p> | | | | |
| 届 出 者 | フリガナ | | | 受診者との 関係 |
| | 氏 名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 居 住 地 | | | 電 話 |
| 受 診 者 | フリガナ | | | 生 年 月 日 |
| | 氏 名 | 年 齢 | | 歳 |
| | 個人番号 | | | 年 月 日 |
| | 居 住 地 | | | 電 話 |
| 再交付を申請する理由 | <input type="checkbox"/> 破ったため <input type="checkbox"/> 汚したため <input type="checkbox"/> 失ったため | | | |

添付書類

受給者証を破り、または汚した場合は、その受給者証

注 該当する□内に✓印を記入してください。

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

| |
|-------|
| 年 月 日 |
|-------|

函館市長 様

次のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

1 届出者

| | |
|--------|-----------------|
| 住 所 | 〒 函館市 電話 |
| 氏 名 | |
| 患者との続柄 | 父 ・ 母 ・ その他 () |

2 返還理由

| | | |
|-----------|-------|------|
| 1 治癒 | 2 転出 | 3 死亡 |
| 4 その他 () | | |
| 返還理由が生じた日 | 年 月 日 | |

※ 該当する部分を○で囲んでください。

| | |
|------------|---------------------------------|
| 医療受給者証の添付欄 | <p>返還する医療受給者証をここに貼り付けてください。</p> |
|------------|---------------------------------|