

函館市小児慢性特定疾病医療費支給認定事務取扱要領

第1 目的

この要領は、函館市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）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の事務手続きおよび運営等（以下「支給認定事務」という。）に関し、必要な事項を定める。

なお、本要領において掲げる用語の定義は、すべて要綱に定めるところによるものとする。

第2 指定医療機関以外の医療機関から小児慢性特定疾病医療支援を受けた場合の取扱い

- 1 市長は、緊急その他やむを得ない事由により、支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援を受けた場合において、その必要があると認めるときは、受給者に対して、支給すべき小児慢性特定疾病医療費を支払うことができる。
- 2 市長は、緊急その他やむを得ない事由により、支給認定されていない児童等が指定医療機関以外の医療機関で受療し、その結果、小児慢性特定疾病医療支援を受けた場合において、その必要があると認めるときは、当該児童の保護者または当該受診者を受給者とみなし、1と同様の手続きを取ることができるものとする。

このとき、市長は当該児童の保護者または当該受診者に対し、速やかに要綱第6に規定する支給認定の申請を行うよう指導するものとする。

第3 小児慢性特定疾病医療費の支給

- 1 市長は、小児慢性特定疾病医療費を毎月支給するものとする。
- 2 市長は、支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援を受けたときは、原則として、受給者に支給すべき小児慢性特定疾病医療費を、当該指定医療機関に対して支払うも

のとする。

- 3 申請者または受給者は、次に掲げるいずれかに該当する場合、別記第1号様式の申請書に、指定医療機関または指定医療機関以外の医療機関で支払った医療費の額が確認できる資料を添付の上、小児慢性特定疾病医療費の支払いについて市長に申請するものとする。

ア 第2に該当する場合

イ 申請者による支給認定の申請後、受給者証が交付されるまでの間に、小慢児童等が当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援を受け、指定医療機関に対し医療保険により行われる医療に関する給付の額を控除した額を支払った場合であって、その額が自己負担上限月額を超えた場合

ウ その他の理由により、受給者が指定医療機関に対し自己負担上限月額を超える医療費を支払った場合

- 4 市長は、3の申請書を受理したときは、その内容を審査し、支払額を決定し、速やかにこれを支払うものとする。

第4 他の都道府県等から転入した受給者からの支給認定の申請

- 1 市長は、他の都道府県等から転入した受給者から支給認定の申請があった場合、要綱第6の1の(2)のアおよびイの書類（以下「要添付書類」という。）により証明すべき事実を、当該受給者が転入前の都道府県等から交付された受給者証（以下「前受給者証」という。）によって確認することができるときは、前受給者証の写しを要添付書類に代えることができるものとする。

このとき、市長は必要に応じて転入前の都道府県等に対し、当該申請に係る小慢児童等への支給認定に関する事実を確認するものとする。

- 2 市長は、支給認定をしたときは、要綱第7の1の(2)の規定により当該申請者に通知するとともに、有効期間の終期は、原則として前受給者証に記載されている有効期間の終期とする。ただし、市長がやむを得ない事情があると認めるときは、その終期を超えて適切な期間を設定できるものとする。

第5 要綱第13の12に規定する自己負担上限月額の算定

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、次の手順のとおり算定するものとする。

- (1) 要綱第13の11の規定により、按分世帯内にいる支給認定に係る小慢児童等および指定難病患者（平成26年12月31日現在で道単独特定疾患の既認定者であって、自己負担上限月額の経過措置の対象とする者（以下「道単経過措置対象者」という。）を含む。）全員について、おのおのの自己負担上限月額を算出するとともに、全員の自己負担上限月額を合算したもの（以下「按分世帯上限月額」という。）を算出するものとする。
- (2) 道単経過措置対象者および道単独特定疾患患者の自己負担上限月額から按分世帯上限月額を再算定し、次の手順により、道単経過措置対象者および道単独特定疾患患者の自己負担上限月額を調整するものとする。
 - ア (1)により算出した支給認定に係る小慢児童等および指定難病患者（道単経過措置対象者を除く）の自己負担上限月額の合計と、再算定後の按分世帯上限月額との差額をもって、道単経過措置対象者または道単独特定疾患患者の自己負担上限月額を決定するものとする。ただし、当該差額が調整前の道単経過措置対象者および道単独特定疾患患者の自己負担上限月額を超える場合は、当該自己負担上限月額をもって決定するものとする。
 - イ 道単経過措置対象者または道単独特定疾患患者が複数いる場合は、アの差額をおのおのの自己負担上限月額（経過措置がある場合はその適用後の額）で按分するものとする。

附 則

- 1 この要領は、平成27年1月1日から施行する。
- 2 函館市小児慢性特定疾患治療研究事業事務取扱要領（以下「旧要領」

という。)は廃止する。ただし、この要領の施行の日以後に旧治療研究事業に係る償還払等の申請等がなされた場合は、旧要領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領は存続しているものとみなす。

また、この要領の施行後、当分の間は、旧要領に規定する世帯調書等を旧要綱に規定する申請書等に付随する書類とみなして使用することができるものとする。

附 則

この要領は、平成30年1月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行後、当分の間は、旧要領に規定する申請書をこの要領に基づく申請書とみなして使用することができる。

小児慢性特定疾病医療費償還払申請書

函館市長 様

年 月 日

申請者	住所	〒 函館市			
	フリガナ※1				
	氏名				
	電話番号	- -			
振込口座 ※2	銀行	店		口座番号	
		店番号		普通	当座

※1 フリガナを必ず記載してください。
 ※2 振込口座は申請者の口座になります。

年 月分を次のとおり申請します。

申請額 円

支払決定額 円

受給者番号

フリガナ		申請者 との続柄		受給者証記載の 月額自己負担限度額	円
受診者 氏名					
保険の種類	被用者(協・組・船・共) 国保(一般・組合・退職) その他()	受給者証の 有効期間の始期		年 月 日から	

A 小児慢性特定疾病医療費等の内訳 (医療機関等証明欄)				B 査定欄		
内 訳		総医療費 (10割) (円・単位)	窓口支払額 (円)	高額療養費算出額 (円)	一部負担額 (円)	査 定 額 (円)
入 院 ・ 外 来 等	入院時 医療費・利用料					
	外来時 医療費・利用料					
	調 剤 薬 局					
	訪問指定看護					
入院時食事療養費						
合 計						
受診者()に係る 年 月分の小児慢性特定疾病の医療費は上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 代表者名				収受印欄		
高額療養費算出 ① + (-) × 1% = 円 ② - = 円				備 考		

◎太枠の中を全て記載してください。

(裏面を必ずご覧ください。)

《小児慢性特定疾病医療費償還払を申請される方へ》

小児慢性特定疾病医療支援制度は、原則として、市が指定医療機関に対して医療費等を支払う制度ですが、①小児慢性特定疾病医療受給者証（以下「受給者証」という。）の交付申請をされてから、交付を受けるまでの間、小児慢性特定疾病の治療に係る医療費をすでに医療機関等に支払った場合、②同一の月において複数の指定医療機関を受診し、その医療費の合計額が月額自己負担限度額を上回った場合に、その費用についてこの申請書により償還払の申請をすることができます。

1 申請者について

受診者の保護者（受診者が18歳以上の場合は、本人）です。

2 申請を行える期間について

医療費を医療機関等に支払った時点から1年以内（受給者証の有効期間内であって受給者証が交付される以前に支払われた医療費の請求については受給者証が交付された時点から1年以内）です。

3 申請方法について

(1) 医療機関等において、この申請書に小児慢性特定疾病の治療に係る医療費について証明をしてもらい、必要事項を記載のうえ、申請してください。

なお、領収書原本を添付する場合は、医療機関等の証明を省略できます。ただし、患者氏名、保険区分、診療科目、総医療費等の明細の記載がない領収書、レシート等では申請できません（調剤薬局のレシートで、医療機関が発行する領収書等と同日に処方されたことが明らかな場合は、内訳があるものに限り申請できます。）。

※領収書原本の返却を希望する場合は、申請時にその旨を申し出てください。

(2) 申請書は、医療機関等ごと、診療月ごとに1枚です。（医科と歯科は、同じ病院内にあっても別の医療機関です。）

4 高額療養費について

医療費（月単位）が高額療養費制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、加入している健康保険に高額療養費の請求をしてください。

加入している健康保険から高額療養費をすでに受領している場合は、受領額を確認できる書類（支給決定通知書等の写し）を添付してください。

なお、高額療養費の手続前、手続済みで受領前の場合は、添付の必要はありません。

5 申請書の記載に当たって

(1) 振込口座欄は、申請者の口座を記入してください。

(2) 保険の種類欄は加入している保険に○印を付けてください。

(3) 「支払決定額」および「B 査定額」の欄は記入しないでください。

《医療機関等へのお願い》

1 この申請書の証明欄Aは、小児慢性特定疾病の治療を受けた患者さんが、医療機関等の窓口で支払った医療費の償還払を申請するために必要な事項について、医療機関からの証明をお願いするものです。したがって、小児慢性特定疾病以外の治療および受給者証の有効期間以外における治療等については対象外となります。

2 申請書は、診療月ごとに証明してください。高額療養費の委任払をしているときは、余白にその旨を記載してください。

3 訪問看護ステーション基本利用料は、外来等の指定訪問看護の欄に記入してください。

4 調剤薬局における保険調剤は外来等の調剤薬局欄に記入してください。

5 証明欄には、医療機関等の所在地、名称および代表者名を記載し、代表者印を押印してください。