

小児慢性特定疾病の医療費助成制度について

小児慢性特定疾病医療費助成は、「児童福祉法」に基づき、慢性的な疾病により長期にわたって療養を必要とする児童等の健全育成の観点から、経済的な負担軽減を図るため、小児慢性特定疾病医療費の一部を助成する制度です。

1 対象疾病

小児慢性特定疾病として厚生労働大臣が指定した 801 疾病（令和 7 年 4 月現在）

2 対象者（次の全てを満たす方）

- ① 福井市に住民票があること。
- ② 慢性特定疾病にかかっており、厚生労働大臣が定める疾病の程度であること（全ての疾病について、医療費助成の対象となる疾病の状態の程度が定められています。）。
- ③ 18歳未満の児童であること（ただし、18歳到達時点において本制度の対象になっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の者も含みます。）。

3 内容

❖ 助成対象となる医療

認定を受けた小児慢性特定疾病について、指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）で受けた、入院・外来・調剤・訪問看護にかかる医療（医療保険が適用されるもの）

❖ 自己負担

次の表のとおり、所得状況に応じて、負担額の上限があります。

【自己負担上限月額表】

（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		一般	重症 (※1)	人工呼吸器 等装着者 (※2)	入院時の 食費
生活保護	—		0		0	0
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税(世帯)	年収 82 万 6,500円以下	1,250		500	1/2 自己負担
低所得Ⅱ		年収 82 万 6,500円超	2,500			
一般所得Ⅰ	市町村民税課税以上 7.1 万円未満		5,000	2,500		
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		
上位所得	市町村民税 25.1 万円以上		15,000	10,000		

※1：重症について、次のいずれかに該当する場合

- ① 費用が高額な治療を、長期間にわたり継続しなければならない者 ＝ 「高額かつ長期」
医療費総額が5万円／月を超えた月が、年間6回以上ある場合

- ② 重症患者認定基準に該当する者

※2：【基準】おおよそ 24 時間持続にて人工呼吸器管理、人工心臓が必要な症例で、かつ概ね 1 年以内に離脱する見込みがないもの

なお、生活保護の方および血友病等「先天性血液凝固因子異常」に属する疾病の方の自己負担はありません。

4 新規申請に必要な書類

	提出書類	備考
①	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書/小児慢性特定疾病登録者証申請書(様式第1号)	
②	小児慢性特定疾病医療意見書(医療機関が発行) ※複数の疾病について申請される方は、疾病ごとに意見書が必要です。	・小児慢性特定疾病の指定医が作成したもので、記載日が、申請日から3か月以内のもの。
③	医療保険の資格情報が確認できる資料 ※写しでも可 (健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータルの「資格情報画面」の写しのいずれか)	・ <u>加入保険の種類</u> によって提出の必要な方が異なります。 ・生活保護を受けている方は、③の代わりに「生活保護受給証明書」が必要です。
④	個人番号(マイナンバー)届(様式第12号) (個人番号カードまたは個人番号入り住民票に加え、顔写真付き身分証明書(申請者または代理人のもの)をご持参ください。)	・ <u>加入保険の種類</u> によって届の必要な方が異なります。 ・生活保護を受けている方は、受診者・申請者の届が必要です。
⑤	同意書 (「住民票」「市・県民税課税証明書」の提出が省略できます。)	・申請時に福井市に住民票がある方。 ・福井市において所得の状況が確認できる方。 ※ご提出いただいても高額療養費の確認のため省略できない場合があります。
次の書類は、該当する方のみ		
⑥	重症患者認定申告書(様式第2号)	・医療意見書中「小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当」欄に「する」と記載されている場合は、ご提出ください。 ・先天性血液凝固障害の研究事業対象の方は不要です。
⑦	人工呼吸器等装着者等証明書(様式3号)	・おおよそ 24 時間持続にて人工呼吸器・体外式補助人工心臓を装着の方は、医師にご相談ください。
⑧	「特定疾病療養受療証」 ※写しでも可	・対象疾患:血友病A・B、人工透析が必要な慢性腎疾患
⑨	「身体障害者手帳」 ※写しでも可	・手帳をお持ちの方は、必ずご提示ください。
⑩	「特定医療費(指定難病)受給者証」および「小児慢性特定疾病医療受給者証」 ※写しでも可	・受診者と同じ医療保険に加入し、かつ受給者証をお持ちの方
⑪	世帯全員の住民票	・福井市以外に住民票がある方のみ必要です。 ・「続柄」「世帯全員の住民票の原本と相違ない」の記載があり、発行から3か月以内のもの
⑫	市民税・県民税(所得・課税)証明書	・福井市で所得の状況が確認できない方のみ必要です。 ・ <u>加入保険の種類</u> によって提出の必要な方が異なります。
⑬	障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給が確認できるものの写し	・非課税世帯の方で、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等を受給されている場合、通知はがきまたは証書の写しが必要です。

【小児慢性特定疾病医療費助成等に関する申請・お問合せ】

福井市保健所 地域保健課 保健支援係

〒918-8004 福井市西木田2丁目8-8 TEL:0776-33-5185

(R8.7月)