

※ 更新手続用の書類案内もご参照ください。

| ☑ | 提出書類等                             | ご確認いただきたいこと  |
|---|-----------------------------------|--|
| ① | 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書/登録者証申請書(様式第1号) | ・申請書(両面)の内容に追加、変更がある場合は、 <b>赤字</b> でご記入ください(申請書の内容は、4/30 現在のものです)。   |
| ② | 医療意見書 ※医療機関が発行                    | ・1か所の医療機関で、意見書の作成を依頼してください。<br>・複数疾病をお持ちの方は、疾病ごとに意見書が必要です。<br>・意見書の記載日は、原則として、 <u>令和7年6月1日以降</u> とします。               |
| ③ | 医療保険の資格情報が確認できる資料                 | ・加入する保険の種類によって、資料が必要な方が異なります。(更新手続用書類案内を参照)<br>・生活保護受給者の方は、「生活保護受給証明書」を提出。   |
| ④ | 市民税・県民税(所得・課税)証明書                 | ・福井市で所得の状況等が確認できる方は、省略できます。<br>・生活保護受給者の方は、「生活保護受給証明書」を提出。<br><b>※ただし、加入する保険の種類によって、省略できない場合があります。(更新手続用書類案内を参照)</b> |
| ⑤ | 同意書                               | ・提出があれば、「住民票」「市民税・県民税(所得・課税)証明書」の提出が省略できる場合があります。  |
| ⑥ | 現在お持ちの受給者証の写し                     | ・ <b>表面の写し</b>   |
| ⑦ | 自己負担上限額管理票の写し                     | ・ <b>受給者証の内側(令和6年9月以降に支払いのある月の分)の写し</b>  |

<以下の書類は、該当する方についてご提出ください>

|   |   |  |
|---|---|--|
| ⑧ | 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(裏面2参照)。<br>・「高額かつ長期」に該当する場合は、ご提出ください(裏面2参照)。<br>・先天性血液凝固障害の研究事業対象の方は不要です。 |
| ⑨ | 人工呼吸器等装着者等証明書(様式第3号)                    | ・おおそ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(裏面3参照)。   |
| ⑩ | 「特定疾病療養受療証」の写し                          | ・対象疾患:血友病A、B、人工透析が必要な慢性腎疾患   |
| ⑪ | 「身体障害者手帳」の写し                            | ・手帳をお持ちの方は必ずご提出ください。   |
| ⑫ | 「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」の写し | ・受診者と同じ医療保険に加入の方で、特定医療費(指定難病)または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方  |
| ⑬ | 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。<br>・「続柄」「世帯全員の住民票の原本と相違ない」の記載があり、発行日から3か月以内のもの。  |
| ⑭ | 個人番号(マイナンバー)届(様式第12号)                   | ・同封した申請書の個人番号欄が登録済の方は、不要です。<br>・加入保険の種類によって届の必要な方が異なります。<br>・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。<br>・本人及び対象者の個人番号カードの写しを添付してください。       |
| ⑮ | 医療保険上の所得区分に関する情報提供等についての同意書(様式第7号)      | ・加入する保険が変更した方で、受給者証の記載事項についての変更届の手続きが済んでいない方   |
| ⑯ | 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、特別児童手当等を受給されている場合、通知はがきまたは証書等の写しが必要です。   |

## 1 受診者の自己負担限度額について

【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                  | 年収80万円以下 | 1,250  |        | 500           | 1/2 自己負担 |
| 低所得Ⅱ  | 非課税(世帯)                | 年収80万円超  | 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:「24時間装着しており、かつ、離脱の見込みがない方」又は「体外式補助人工心臓・埋め込み式補助心臓を装着しており、かつ、離脱見込みがない方」であって、いずれも生活状況の全ての項目が全介助又は部分介助の方

【備考】生活保護の方及び血友病等「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。

## 2 重症患者認定申告書(①「高額かつ長期」、②重症患者認定基準該当者)について

受給者証の所得階層区分が、一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得に該当する方について、次の①、②に該当する場合、自己負担上限額が軽減されます。

①支給認定を受けた日以降の医療費総額が5万円を超える月が直近の12か月以内で6か月以上ある場合、「高額かつ長期」の申請をすることで、「重症」の自己負担上限月額が適用されます。

(例)令和7年6月に申請する場合:令和6年7月から令和7年6月までが対象

②重症患者認定基準に適合する場合、「重症患者認定」の申請により、「重症」の自己負担上限月額が適用されます。

◆申請のあった日の属する月の翌月1日(申請日が1日の場合はその日)から適用となります。

◆生活保護の方、低所得Ⅰの方、低所得Ⅱの方、人工呼吸器等装着の方、重症患者としてすでに認定されている方、血友病の方は、「高額かつ長期」の申請をされても、自己負担上限月額の軽減はありません。

## 3 人工呼吸器等装着者の申請について

人工呼吸器等装着者の基準に適合する場合、「人工呼吸器等装着者」の申請をすることで、「人工呼吸器等装着者」の自己負担上限月額が適用されます。

◆申請のあった日の属する月の翌月1日(申請日が1日の場合はその日)から適用となります。

申請方法や詳細については、  
福井市保健所 地域保健課 保健支援係まで  
お問合せください

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