

# 1. 申請様式及び添付書類一覧

| 該当事項<br>提出書類          | 新規申請    | 更新<br>(継続)<br>申請 | 疾病追加・変更 | 他県転入申請     | 変更申請・変更届                 |      |      |                    |   | 資格喪失届   | 再交付申請   |   |
|-----------------------|---------|------------------|---------|------------|--------------------------|------|------|--------------------|---|---------|---------|---|
|                       |         |                  |         |            | 受診者<br>保護者<br>の住所<br>・氏名 | 加入保険 | 医療機関 | 保護者・世帯<br>・自己負担上限額 |   |         |         |   |
|                       |         |                  |         |            |                          |      |      | 保                  | 世 |         |         | 自 |
| 支給認定申請書<br>(第1号様式)    | ○       | ○                |         | ○          |                          |      |      |                    |   |         |         |   |
| 重症認定申請書<br>(様式第4号)    | △<br>注1 | △<br>注1          |         | △<br>注1    |                          |      |      |                    |   |         |         |   |
| 医療意見書<br>(+別紙療育指導連絡票) | ○       | ○                | ○       | △<br>注2    |                          |      |      |                    |   |         |         |   |
| 世帯調書<br>(様式第2号)       | ○       | ○                |         | ○          | ○                        |      | ○    | ○                  |   |         |         |   |
| 住民票謄本                 | ○       | ○                |         | ○          | △<br>注10                 |      | ○    | △<br>注3            |   |         |         |   |
| 健康保険証                 | ○       | ○                |         | ○          | ○                        |      | ○    |                    |   |         |         |   |
| 保険者照会同意書<br>(様式第3号)   | ○       | ○                |         | ○          | ○                        |      | ○    |                    |   |         |         |   |
| 所得・課税証明書              | ○       | ○                |         | ○          | △<br>注4、5                |      | ○    | △<br>注5            | ○ |         |         |   |
| その他必要書類               | △<br>注9 | △<br>注9          | △<br>注9 | △<br>注9    |                          |      |      |                    |   |         |         |   |
| 戸籍抄本                  |         |                  |         |            | △<br>注6                  |      |      |                    |   |         |         |   |
| 現在の受給者証               |         | ○                | ○       | ○<br>(転出元) | ○                        | ○    | ○    | ○                  | ○ | △<br>注7 | △<br>注8 |   |
| 記載事項変更届<br>(様式第6号)    |         |                  |         |            | ○                        | ○    |      |                    |   |         |         |   |
| 変更申請書<br>(様式第7号)      |         |                  | ○       |            |                          |      | ○    | ○                  | ○ |         |         |   |
| 資格喪失届<br>(様式第8号)      |         |                  |         |            |                          |      |      |                    |   | ○       |         |   |
| 再交付申請書<br>(様式第9号)     |         |                  |         |            |                          |      |      |                    |   |         | ○       |   |

注1：重症認定基準に該当し、重症患者の認定を希望する場合のみ提出

注2：前住所地で、国基準で認定された受給者証の有効期間がある場合は省略できる

注3：自己負担上限額の算定に関係する方が変更している場合に提出

注4：課税証明書は加入保険や課税状況により判断

注5：過去の書類で確認できれば、あるいは前回と変更がなければ省略可

注6：受診者又は保護者の氏名が変更のときは必要

注7：原則返還していただく

注8：紛失の場合は発見されたら返還していただく

注9：以下の【その他必要書類】参照

注10：変更後の保険が国保・国保組合の方のみ必要

【その他必要書類】

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 成長ホルモン治療用意見書（初回用）                               | <ul style="list-style-type: none"><li>・該当する場合のみ。指定医が作成した意見書であること。</li><li>・申請時から遡って3ヶ月以内のものであること。</li><li>・検査データも添付してもらう。</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 重症認定申請書（様式第4号）                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>・重症認定に該当する場合のみ。（申請者が記入）</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> 「重症」であることを証明する書類                                | <ul style="list-style-type: none"><li>・「重症認定申請書」（様式第4号）の提出をする際に、「重症認定区分」に応じた必要書類を添付する。</li></ul>                                    |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者であることを証明する書類                           | <ul style="list-style-type: none"><li>・認定基準に該当する場合は、医療意見書のほか、別途「人工呼吸器等装着者証明書」（様式第5号）を提出。</li></ul>                                  |
| <input type="checkbox"/> 同一世帯（※）内に他に特定医療費もしくは小児慢性特定疾病医療費の受給者がいることを証明する書類 | <ul style="list-style-type: none"><li>・該当者の小児慢性特定疾病受給者証の写しあるいは申請書の写し、指定難病医療費受給者証の写しあるいは申請書の写し。</li></ul>                            |
| <input type="checkbox"/> 「限度額適用証」、「特定疾病療養受療証」、「限度額認定・標準負担減額認定証」（写し）      | <ul style="list-style-type: none"><li>・保険者照会の際に添付する書類。</li><li>・保険者から発行されている場合のみ提出。</li></ul>                                       |

※「同一世帯」とは、自己負担上限額の算定に関係する方で構成されるもので、住民票上の世帯とは必ずしも一致しません。

## 2. 新規申請時の注意点

新規申請に必要な書類及び注意点は次のとおりです。

|  |
|--|
| <b>① 福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（様式第1号）〔1部〕</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 同一疾病で複数の医療機関を受診している場合、「医療機関」欄に全医療機関分を記載してください。</li><li><input type="checkbox"/> 住民票上の住所を記載してください（避難している場合も、住所は住民票記載のもの）。</li><li><input type="checkbox"/> 複数疾病で申請する場合、一枚の申請書に全疾病名を記載してください。</li><li><input type="checkbox"/> 疾病名は、医療意見書の「細分類病名」を記載してください。</li></ul> |
| <b>② 世帯調書（様式第2号）〔1部〕</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 世帯構成員の記入内容（特に個人番号）については、誤り等ないか申請者が確認の上で提出してください（申請受付窓口では申請者本人の身元確認及び番号確認しかできないため）。</li></ul>  |

|   |
|---|
| ③ 小児慢性特定疾病医療意見書〔認定疾病数分〕   |
| ④ 小児慢性特定疾病医療意見書添付療育指導連絡票（別紙）〔認定疾病数分〕  |
| <input type="checkbox"/> ③の様式は医療機関で「小児慢性特定疾病情報センターのホームページ」からダウンロードしてもらってください。<br><input type="checkbox"/> 主治医に作成を依頼してください。<br><input type="checkbox"/> 複数疾病で申請する場合、 <u>申請する疾病の数だけ</u> 意見書及び療育指導連絡票を作成してもらってください。<br>※ 同一疾病で複数の医療機関を受診している場合には、主な医療機関分1部で結構です。 |
| ⑤ 住民票謄本   |
| <input type="checkbox"/> 続柄が記載されているものをご用意ください。<br><input type="checkbox"/> 発行から3か月以内のものをご用意ください。  |
| ⑥ 高額療養費区分を保険者に確認する際に必要な同意書（様式第3号）〔1部〕   |
| <input type="checkbox"/> 法定代理人を忘れずに記載してください。  |
| ⑦ 医療保険証のコピー   |
| <input type="checkbox"/> 下記（※）のとおり、必要分すべて揃っているかご確認ください。   |
| ⑧ 市町村民税所得額課税額証明書  |
| <input type="checkbox"/> 下記（※）のとおり、必要分すべて揃っているかご確認ください。<br><input type="checkbox"/> 所得額・課税額の両方がわかるものをご用意ください。<br><input type="checkbox"/> 毎年7月以降は、必ず新しい年度の証明書をご用意ください。<br>例）平成28年7月に取得するもの：平成28年度所得・課税証明書（平成27年分）<br><b>★ 源泉徴収票や納税証明書は不可です。</b>               |

（※）⑦⑧は患者さんの加入している公的医療保険（保険証）の種別によって、提出書類の対象者が異なります。下表を参考にいただき、必ず提出種類をご確認ください。

| 提出書類                                    |               | 必要な書類                   |                                    |
|---|---------------|-------------------------|------------------------------------|
|   |               | ⑦医療保険証のコピー              | ⑧市町村民税所得額課税額証明書                    |
| 保険種別<br>（対象者）                           |               |                         |                                    |
| 国民健康保険（市町村国保、退職国保、各種国民健康保険組合等）          |               | 同じ国保に加入している方 <u>全員分</u> | 同じ国保に加入している方 <u>全員分</u> （中学生以下は不要） |
| 被用者保険<br>・全国健康保険協会<br>・健康保険組合<br>・共済組合等 | 患者さんが家族（被扶養者） | <u>被保険者及び患者さん分</u>      | 被保険者分                              |
|   | 患者さんが被保険者本人   | 患者さん本人分                 | 患者さん本人分<br>※本人が非課税の場合は保護者の分も必要です。  |

### 3. 認定内容の変更等に関して申請・届出が必要な場合

下記のうち、①および②の変更申請・届出については、一度受給者証をお預かりし、後日新しい受給者証を発行してから交付することとなるため、多少お時間をいただきます。予めご了承ください。

①支給認定変更申請書（様式第7号）の提出を要するもの

- ア. 自己負担上限額の変更
- イ. 指定医療機関の変更
- ウ. 疾病の追加・変更

②記載事項等変更届（様式第6号）の提出を要するもの

- ア. 受給者あるいは保護者の住所・氏名の変更
- イ. 加入保険の変更

③資格喪失届（様式第8号）の提出を要するもの

- ア. 福島県外、郡山市内、いわき市内に転居し申請先を変更するとき
- イ. 治ゆ又は小慢の対象基準に該当しなくなったとき
- ウ. お亡くなりになったとき

④再交付申請書（様式第9号）の提出を要するもの

- ア. 受給者証を破ってしまったとき
- イ. 受給者証を汚してしまったとき
- ウ. 受給者証を紛失してしまったとき

4. 問合せ先・申請先について

【原則】保健福祉事務所（下記）窓口へ直接提出

【例外】郵送による申請を希望する場合は、各保健福祉事務所へ事前連絡が必要です。

| 保健福祉事務所    | 所轄する地域                      | 電話番号         | 所在地                                  |
|------------|-----------------------------|--------------|--------------------------------------|
| 県北保健福祉事務所  | 福島市、二本松市、伊達市<br>本宮市、伊達郡、安達郡 | 024-534-4155 | 〒960-8012<br>福島市御山町 8-30             |
| 県中保健福祉事務所  | 須賀川市、田村市、岩瀬郡<br>石川郡、田村郡     | 0248-75-7810 | 〒962-0834<br>須賀川市旭町 153-1            |
| 県南保健福祉事務所  | 白河市、西白河郡、<br>東白川郡           | 0248-22-5647 | 〒961-0074<br>白河市郭内 127               |
| 会津保健福祉事務所  | 会津若松市、喜多方市、<br>耶麻郡、河沼郡、大沼郡  | 0242-29-5278 | 〒965-0873<br>会津若松市追手町<br>7-40        |
| 南会津保健福祉事務所 | 南会津郡                        | 0241-63-0305 | 〒967-0004<br>南会津町田島字天道沢<br>甲 2542 -2 |
| 相双保健福祉事務所  | 相馬市、南相馬市、双葉郡<br>相馬郡         | 0244-26-1134 | 〒975-0031<br>南相馬市原町区錦町 1<br>丁目 30    |

※提出された書類に不備等があった場合には返却させていただく場合がありますので、御了承願います。