

小児慢性特定疾病 申請提出書類チェックシート

＜提出する書類にチェック を入れて、申請書類と一緒にご提出ください＞

受診者氏名		疾患群 (該当番号に○)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・ 12・13・14・15・16
チェック欄	提出区分	書類の種類	備考
<input type="checkbox"/>	必須	①小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 兼小児慢性特定疾病登録証申請書	・複数疾病を申請する方は、1枚の申請書に全ての疾病名を記載してください。(②の医療意見書は疾病ごとに必要です。)
<input type="checkbox"/>	必須	②小児慢性特定疾病 医療意見書	・小児慢性特定疾病の【指定医】が記載したものを。疾病ごとに様式が異なります(転入の方は省略できる場合あり)。 ・ 診断年月日の記載が必要です。
<input type="checkbox"/>	必須 (省略可) ※	③住民票の写し(原本) 注:続柄を省略しないもの。市町村役場で発行されます。 注:個人番号(マイナンバー)は原則記載不要。 【※添付を省略できない方】 ・医療保険上の世帯員(受診者と同じ医療保険の加入者)で別居の方(海外在住は除く)	・受診者を含む「 世帯全員の 住民票の写し」。医療保険上の世帯員(受診者と同じ医療保険の加入者)で別居の方(海外在住は除く)も必要。 ・発行から3ヶ月以内のものが有効です。
<input type="checkbox"/>	必須	④健康保険証のコピー	・医療保険上の世帯(受診者と同じ医療保険の加入者)のうち *国民健康保険・国民健康保険組合 →同じ国保に加入している 世帯員全員 のもの *社会保険(健保協会、健保組合、共済組合など) →被保険者及び 受診者 のもの(受診者本人が被保険者の場合は受診者のもののみ)
<input type="checkbox"/>	必須 (省略可) ※	⑤市町村民税(非)課税証明書(原本) ●…申請受理日が4月～6月の場合は前年度 申請受理日が7月～3月の場合は当年度 ▲…●の前年 注:所得額、市町村民税額が記載されているもの。市町村役場で発行されます。 「*」と金額に記載されているものは不可 注:市町村から納税者へ送付される「給与所得等に係る市町村民税・県民税特別徴収税額の決定通知書」(短冊状のもの)は不可。 【上記の市町村民税が全て 非課税(所得割・均等割とも0円) の場合、次の書類も必要です】 ・申請者の令和●年度(令和▲年分)市町村民税(非)課税証明書(申請者が上記と重複する場合は不要) ・申請者の公的年金等(遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等)の令和▲年中の収入額がわかる書類(証書等)のコピー(公的年金等を受給している場合のみ) 【※添付を省略できない方】 ・ご加入の健康保険が社会保険で、市町村民税が非課税の方 ・ご加入の健康保険が国民健康保険組合の方。ただし神奈川県歯科医師国民健康保険組合、神奈川県薬剤師国民健康保険組合、神奈川県建設連合国民健康保険組合の方は省略できます。 ・所得や税の申告をしていない方	・医療保険上の世帯(受診者と同じ医療保険の加入者)のうち *国民健康保険・国民健康保険組合 →同じ国保に加入している 世帯員全員 のもの(ただし、中学生以下は不要) *社会保険(健保協会、健保組合、共済組合など) →被保険者のもののみ *生活保護を受給している場合、血友病の場合 →提出は不要 海外勤務等で対象年度に日本での課税が無い場合は提出不要ですが、「上位所得」となります。
<input type="checkbox"/>	必須	⑥申請者の個人番号及び身元確認書類	・「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」4ページ(7)の表の提出書類をご提出ください。
<input type="checkbox"/>	該当者	⑦人工呼吸器等装着者証明書	・常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等(ペースメーカーではありません)を装着している方 ・医師(②医療意見書と別の医師でも可)の証明が必要
<input type="checkbox"/>	該当者	⑧世帯内按分対象者の受給を証明する書類	・按分対象者について次のア・イ両方の書類が必要です。 ア 小児慢性特定疾病又は指定難病の受給者証のコピー(申請中の場合は申請書のコピーでも可) イ 健康保険証のコピー(ただし、提出書類④と重複する場合は不要です)
<input type="checkbox"/>	該当者	⑨重症患者認定申請書	・重症患者認定基準①②(重症患者認定申請書の裏面参照)又は高額治療継続(「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」3ページ(6)参照)に該当する方。なお、 新規申請の方は高額治療継続は申請できません。
<input type="checkbox"/>	該当者	⑩身体障害者手帳又は障害年金証書のコピー	・重症患者認定基準①に該当する方
<input type="checkbox"/>	該当者	⑪高額治療継続に該当することを証明する書類	・「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請のご案内」3ページ(6)の表の提出書類3をご提出ください。
<input type="checkbox"/>	該当者	⑫生活保護受給証明書又は「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」による支援給付に係る本人確認証のコピー	・それぞれの制度を受けている方
<input type="checkbox"/>	該当者	⑬特定疾病療養受療証のコピー	・人工透析や血友病等で保険者から交付を受けている方

<保健福祉事務所処理欄>