

荒川区

小児慢性特定疾病医療費給付制度の手引き

【もくじ】

1	医療受給者証について.....	1
2	自己負担上限額管理票と医療機関等での支払いについて.....	2
3	自己負担上限月額について.....	3
4	自己負担上限月額の世帯内按分について.....	4
5	重症患者等の認定について.....	5
6	重症患者認定基準について.....	6
7	人工呼吸器等装着者の認定について.....	7
8	高額療養費について.....	7
9	医療費の還付申請について.....	7
10	疾病の変更または追加の申請が必要なとき.....	8
11	変更申請書の提出が必要なとき.....	8
13	利用を中止するとき.....	8
14	荒川区外へ転出した場合の取り扱いについて.....	8
15	他医療費給付制度との併用について.....	9
16	給付対象にならないもの（例示）.....	9
17	小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業について.....	10

荒川区保健所

健康推進課 健康推進係 小児慢性特定疾病医療給付担当

荒川区荒川2-11-1

荒川区がん予防健康づくりセンター2階

電話 03-3802-3111 内線 433

1 医療受給者証について

小児慢性特定疾病医療受給者証									
公費負担者番									
受給者番号									
受診者	氏名								
	住所								
	生年月日								
保護者	氏名				続柄				
	住所								
病名									
保険者番号						適用区分			
有効期間	から				まで				
自己負担上限月額				入院時食事療養費自己負担					
自己負担上限額特別	高額長期	重症認定		人工呼吸器等	同				
指定医療機関									
認定条件									
<p>上記のとおり認定します。</p> <p>年 月 日</p> <p>荒川区長</p>									

荒川区の公費負担者番号は、「52138054」または「52137056」です。

高額療養費の自己負担限度額の区分になります。【P7参照】詳細は加入している医療保険の保険者にお問い合わせください。

小児慢性特定疾病の治療等に係る毎月ご負担いただく金額の上限額となります（入院時食事療養費の自己負担額は除きます）。

申請に基づき認定された方は、「○」と記載され、自己負担上限月額に反映されます。

- 小児慢性特定疾病医療受給者証を受け取ったら
- ①医療受給者証の受診者欄（氏名・生年月日・住所等）、保険者番号、疾病名、有効期間等に誤りや記載もれがないか確認してください。
 - ②医療受給者証は、「桃色」の用紙です。自己負担上限額管理票と一緒に保管してください。
 - ③誤記等ございましたら、荒川区保健所健康推進課健康推進係に連絡してください。

2 自己負担上限額管理票と医療機関等での支払いについて

- ① 医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）の窓口では、医療受給者証と自己負担上限額管理票（以下「管理票」という。）を必ず一緒に提示してください。
- ② 自己負担のある方は、月ごとに上限額までお支払いください。
- ③ お支払いの際は、医療機関等窓口にて「管理票」への記入を必ず受けてください。
- ④ 同月内において、自己負担累積額が上限額に達した場合、当該会計を行う医療機関等から、「管理票」に上限額に達した旨の記載を受けてください。
- ⑤ 前④の記載を受けた「管理票」の提示により、当該月での自己負担の支払いは不要となります。
- ⑥ 入院時の食事療養に係る自己負担額については、「管理票」への記載は不要となります。自己負担上限額への累積には含まれません。
- ⑦ 医療費給付にかかる申請に必要な場合がありますので、医療機関等で発行された領収書は必ず保管しておいてください。
- ⑧ 「管理票」は、医療機関窓口での自己負担額の過払いを防ぐため、利用してください。

【管理票の記入について】

XXXX 年 4 月分 自己負担上限額管理票

受診者名	荒川 太郎	受給者番号	1234567
		自己負担 上限月額	5,000 円

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
22 日	A病院

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担 の累積額 (月額)
5 日	A病院	10,000	2,000	2,000
10 日	B診療所	5,000	1,000	3,000
10 日	C薬局	2,500	500	3,500
22 日	A病院	10,000	1,500	5,000
23 日	B診療所	10,000	/	/
日				
日				
日				

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担 の累積額 (月額)
日				
日				
日				

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担 の累積額 (月額)
日				

保護者の方は、医療費対象年月・受診者名・受給者番号・自己負担上限月額を記入してください。（医療受給者証を参照してください。）

自己負担上限月額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載します。

指定医療機関で記載を行う欄となります。

自己負担上限月額に達した後も受診した際には、記載が必要です。ただし、自己負担額・自己負担累積額は斜線を引いてください。

併せて、本管理票を指定医療機関窓口にて提示してください。
 上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただく
 ようお願いします。

3 自己負担上限月額及び入院時食事療養費について

小児慢性特定疾病医療費給付制度における自己負担上限月額

階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合：2割、外来・入院)			入院時 食事療養 費
		一般	重症 ※1	人工呼吸器 等 装着者	
生活保護受給者又は血友病患者		0円			0円
区市町村民税が 非課税の世帯	低所得Ⅰ (80万円以下)	1,250円		500円	標準負担 月額の 1/2
	低所得Ⅱ (80万超)	2,500円			
一般所得Ⅰ 区市町村民税額が7.1万円未満の世帯		5,000円	2,500円		
一般所得Ⅱ 区市町村民税額が7.1万円以上25.1万円 未満の世帯		10,000円	5,000円		
上位所得 区市町村民税額が25.1万円以上の世帯		15,000円	10,000円		

※1 重症：次のいずれかに該当する方

- ① 高額治療継続者（医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある場合）
- ② 重症患者基準に適合する方

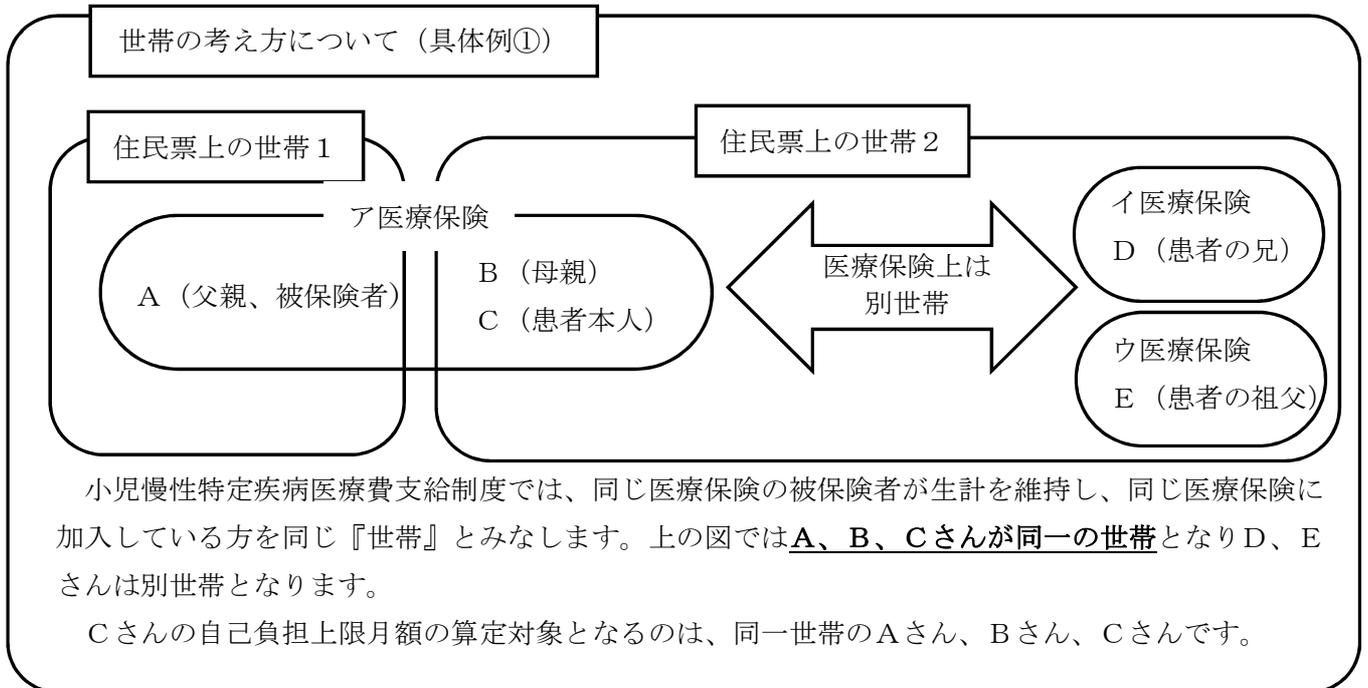
留意事項

- 1 「区市町村民税が非課税の世帯」とは、申請月において、当該年度（申請月が4月から6月の場合は前年度）の区市町村民税が課税されていない（均等割及び所得割双方が非課税）受診者を含む支給認定世帯を指します。
- 2 課税額による階層区分の判定は、医療費支給認定基準世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の区市町村民税額（所得割）の合算額で行います。児童が独立して保険に加入している場合には、児童の区市町村民税額（所得割）により判定を行います。ただし、非課税世帯の場合は、医療費支給認定保護者の所得で低所得ⅠかⅡか判断します。
- 3 次に該当する方は、医療費支給認定申請書により認定されれば、自己負担額はありません。
 - ① 血友病患者（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象とされる疾患を含む）
 - ② 生活保護法の被保護世帯

4 自己負担上限月額の世界帯内按分について

世帯（「医療費算定対象世帯員」で構成）において、複数の受診者（受給者証を有する指定難病患者・小慢児童等）が存在する場合、自己負担上限月額が軽減されます。世帯で最も高い自己負担上限月額が、各「医療費算定対象世帯員」の自己負担上限月額の総合計となるように、個々の自己負担上限月額を按分します。（具体例② 参照）

※申請の際は、按分対象となる方の受給者証の写しを添付してください。



按分による自己負担上限月額の算出方法（具体例②）

※被用者保険（国民健康保険）に世帯加入している場合（父が被保険者）

医療費算定対象世帯員：父・母（Aさん）・長女（Bさん）・長男（Cさん）
生計中心者（父）の所得階層区分：上位所得（区市町村民税 25.1万円以上）

所得階層区分に
対応する
自己負担上限月額

Aさん：指定難病（高額治療継続者）・・・2万円/月
Bさん：小児慢性（一般）・・・1.5万円/月
Cさん：小児慢性（重症患者基準に適合）・・・1万円/月

按分率 = A（世帯で最も高い自己負担上限月額） / T（世帯における自己負担上限月額の総額）

按分率 = 2万円 / 4.5万円（②）

① × ② ⇒ 自己負担上限月額 × 按分率 = 按分後の上限月額（③）

按分対象者	① 自己負担上限月額（円）	③ 按分後の上限月額（円）
Aさん	20,000（A）	8,880（a）
Bさん	15,000	6,660（b）
Cさん	10,000	4,440（c）
世帯合計	45,000（T）	19,980

※按分後の上限月額は、10円未満切り捨て

※医療受給者証の自己負担上限月額欄には、個々の按分後の上限月額を記載します。

5 重症患者等の認定について

重症患者等とは、小児慢性特定疾病医療費給付対象者のうち、以下の重症等の対象に該当する方となります。重症患者認定、高額治療継続者および人工呼吸器等装着者認定を受けた場合、医療費の自己負担上限月額が変わります。（人工呼吸器等装着者認定については7ページ参照）。

【注意事項】

※重症等の対象に該当しても、小児慢性特定疾病医療費給付対象疾患の認定基準に該当しない場合は、医療費給付の認定を受けることはできません。

【重症患者等の認定の申請方法】

疾病の程度や状態により、ご提出いただく必要書類が異なります。下表を参照してください。

	重症等の対象区分	申請書の他に必要な書類
1	<p>重症患者① <u>眼、聴器、上肢、下肢、体幹、脊柱、肢体の機能のうち、いずれかの部位で、</u>身体障害者手帳1級・2級に認定されている、または障害年金1級を受給している。 <u>※心臓など内部障害は、対象外です。</u></p>	<p>①重症患者認定申告書 ②障害者手帳の写し又は、障害年金証明書の写しを添付</p>
2	<p>重症患者② <u>小児慢性特定疾病医療費給付対象として認定されている疾患</u>の重症患者認定基準に該当する。</p>	<p>①重症患者認定申告書 ②医療意見書（重症患者認定基準に該当すると記載あり）</p>
3	<p>高額治療継続者 <u>高額な医療が長期的に継続する者</u>（月の医療費総額が5万円（例えば医療保険の2割負担の場合、月の自己負担額が1万円）を超える月が年6回以上ある場合） <u>※入院時食事療養費は除きます。</u></p>	<p>①重症患者認定申告書 ②医療費総額が確認できる下記のいずれかの書類 ・療養証明書（有料で医療機関等より発行） ・自己負担上限額管理表 ・診療報酬明細書又は明細の記載された領収書（指定医療機関が発行） ※年6回以上確認できるもの</p>

6 重症患者認定基準について

【重症患者認定基準】

【1】全ての疾患において、次に掲げる症状のうち1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合。

※身体障害者手帳等所有者で重症患者認定の対象となる部位は、眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能の6部位です（心臓機能障害等、内部障害は対象ではありません）。

※下表の症状の状態の程度に該当する場合、身体障害者手帳又は障害年金証明書の写しを添付してください。

対象部位等	症状の状態の程度
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの）
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴覚レベルが100デシベル以上のもの）
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの）
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの）
下肢	一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの）
	両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したもの）
体幹・脊柱	両下肢を足関節以上で欠くもの
	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの）
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

【2】【1】に該当しない場合であって、次に掲げる各疾患群の項目に該当する場合

※この欄は6ページの重症等の対象区分「2」の「小児慢性特定疾病医療費給付対象として認定されている疾患の重症患者認定基準」を記載しております。

※小児慢性特定疾病医療意見書から該当するか確認します。

疾患群	該当項目
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析（CAPD（持続携帯腹膜透析）を含む。）を行っているもの
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
慢性消化器疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの
皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
脈管系疾患	

7 人工呼吸器等装着者の認定について

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている方で、気管切開を介した人工呼吸器、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器、体外式補助人工心臓及び埋め込み式補助人工心臓を装着している方につきましては、人工呼吸器等装着者の認定を受けることで自己負担上限額が減額されます。

1 認定基準

下記の①に該当し、かつ②-1 または②-2 のいずれかに該当すること。

①【生活状況等】

食事、更衣、ベッドから車いす等への移乗、屋内外での移動について、全介助又は部分介助が必要な状態であること。

②-1【気管切開口を介した人工呼吸器・鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器】

以下の全てを満たすこと

- ・小児慢性特定疾病の認定を受けた疾病で装着していること
- ・常時（ほぼ24時間）装着していること
- ・現に装置を稼働させ人工呼吸を施行していること
- ・1年以上離脱の見込みがないこと

②-2【体外式補助人工心臓・埋め込み式補助人工心臓】

以下の全てを満たすこと

- ・小児慢性特定疾病の認定を受けた疾病で装着していること
- ・現に装置を稼働させ循環の維持をしていること
- ・1年以上離脱の見込みがないこと

2. 申請書の他に必要書類

- ・小児慢性特定疾病人工呼吸器等装着者証明書

8 高額療養費について

長期入院や治療により、ひと月あたりの自己負担額が高額になった場合、申請により一定の金額（自己負担上限月額）を超えて支払った医療費について給付を受けることができる制度です。

高額療養費制度における医療費の限度額は、被保険者の所得区分に応じて決まります。

高額療養費制度に関する申請やお問い合わせ等については、現在加入されている健康保険組合、全国健康保険協会、市町村（国民健康保険・後期高齢者医療制度）、国保組合、共済組合までお問い合わせください。

※差額ベッド代、食事代、保険外医療費の負担分は対象となりません。

※「所得区分」は、受給者証の「適用区分」欄に表示しています。

9 医療費の還付申請について

申請後、医療受給者証が届くまでに通常の保険診療の負担割合で支払った医療費などについて、区（荒川区保健所）へ小児慢性特定疾病医療費等支給申請書（請求書兼口座振替依頼書）及び添付書類を提出することによって、医療費の還付を受けることができます。申請方法については荒川区保健所健康推進課にお問い合わせください。

10 疾病の変更または追加の申請が必要なとき

支給認定に係る疾病の変更が必要な場合は、新規申請として取り扱いますので新規申請をしてください。

支給認定に係る疾病の追加が必要な場合は、変更申請書に指定医が作成した医療意見書を添付してください。医療意見書に基づき審査します。

認定された場合は、疾病の変更・追加をした日にさかのぼって小児慢性特定疾病医療費を支給します。

11 変更申請書の提出が必要なとき

下記事項の変更をするときは、変更申請書に受給者証と変更の生じた理由を証明する書類を添付してください。（公簿等で確認できる場合、添付書類は省略できます。）

自己負担上限月額に変更がある場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月1日から適用します。

- ① 氏名、住所などを変更するとき。
- ② 健康保険、同一医療保険世帯員などを変更するとき。（変更後の保険証の写しを添付）
- ③ 自己負担上限月額の変更が生じるとき。（階層区分の変更、按分特例による自己負担上限月額の変更など）

※申請書は、荒川区保健所健康推進課にてお渡しします。

12 利用を中止するとき

治癒、荒川区外転出などの場合は、荒川区保健所健康推進課にご連絡ください。
また、医療受給者証は、すみやかに返却してください。

13 荒川区外へ転出した場合の取り扱いについて

荒川区の医療受給者証（以下「受給者証」という。）を所持する方（受給者）が、荒川区外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出前に交付されていた受給者証の写しを添付して、新住所地の都道府県知事等に転入日と同日に申請してください。

荒川区の受給者証は転出日以降利用できませんので、速やかに荒川区へ返却してください。

原則、転出先の窓口での申請受理日が認定日となります。18歳を超えている場合は、中抜け期間が生じると20歳までの継続ができなくなりますので、ご注意ください。

1 4 他医療費給付制度との併用について

(1) 小児慢性特定疾病医療と他医療費給付制度の併用がある場合

これらの併用に関しては、優先順位を次のように取り扱います。

加入医療保険 > マル長（特定疾病医療受給者証） > 国制度（法）小児慢性特定疾病医療「52」
 > 国制度（法）特定医療（難病）「54」 > マル都（難病）「83」 > マル乳・マル子「88」、
 マル青「89」※「数字」は、法別番号

(2) 具体的な取扱方法

小児慢性特定疾病医療（第1公費）との併用におけるマル乳・マル子・マル青（第2公費）の給付方法は次の通りとなります。

保険証と一緒に、小児慢性特定疾病医療受給者証とマル乳・マル子・マル青の医療証を医療機関へ提示した場合、小児慢性特定疾病医療費給付（小慢）の自己負担額からマル乳・マル子・マル青の医療費給付額が控除され、自己負担額は0円となります（入院時食事療養費自己負担分を除く）。

小児慢性特定疾病医療受給者証を提示せず、マル乳・マル子・マル青の医療証のみを提示して会計をした場合は、小児慢性特定疾病医療費給付の還付申請はできません（但し、入院時食事療養費小児慢性負担分は、還付申請できます）。

【事例】小児慢性特定疾病医療費給付（小慢）

○自己負担上限額：一般所得Ⅱ（10,000円）

○一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）

（単位 円）

診療日	医療費総額 (10割)	医療保険		小児慢性特定疾病医療費給付 (小慢)			マル子 (子)	本人 負担額
		保険給付 (7割)	本人負担 (3割) ①	給付1 (1割) ②	給付2 (自己負担 上限額を超 えた額)③	「管理票」へ 記載する 自己負担額 (①-②- ③)		
4/1	30,000	21,000	9,000	3,000	0	6,000	6,000	0
4/7	100,000	70,000	30,000	10,000	16,000	4,000	4,000	0
4/9	20,000	14,000	6,000	2,000	4,000	0	0	0
4/15	50,000	35,000	15,000	5,000	10,000	0	0	0
月計	200,000	140,000	60,000	50,000		10,000	10,000	0

会計窓口での支払金額

1 5 給付対象にならないもの（例示）

※認定された疾病以外の医療費（けが、かぜ、虫歯など）

※受給者証の有効期間外の医療費

※保険が適用されない医療費（差額ベッド代、個室料など）

※医療機関への交通費

※文書料（申請のための医療意見書、医療費支給申請に必要な療養証明書など）

16 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業について

荒川区在住で小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方のうち、障害者総合支援法など他制度を利用できない方に対し、在宅での療養生活を支援するため、身体の状態に応じ、日常生活に必要な用具を給付する制度です。希望される方は、荒川区保健所健康推進課にお問い合わせください。

給付する用具とその対象者

用具	対象者
便器	常時介助を要する者
特殊マット	寝たきりの状態にある者
特殊便器	上肢機能に障害のある者
特殊寝台	寝たきりの状態にある者
歩行支援用具	下肢が不自由な者
入浴補助用具	入浴に介助を要する者
特殊尿器	自力で排尿できない者
体位変換器	寝たきりの状態にある者
車椅子	下肢が不自由な者
頭部保護帽	発作等により頻繁に転倒する者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障害のある者
クールベスト	体温調整が著しく難しい者
紫外線カットクリーム	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者
ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能に障害のある者
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者
ストーマ装具(消化器系)	人工肛門を造設した者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
ストーマ装具(尿路系)	人工膀胱を造設した者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
人工鼻	人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者

自己負担: 扶養義務者全員の所得に応じて自己負担があります。詳しくはお問い合わせください。
(医療費給付の自己負担上限月額とは異なります。)