

小児慢性特定疾病医療費助成申請時の提出書類チェックリスト(新規申請)

書類がそろっているか、□欄に✓し、確認して下さい。

チェック	申請者でご記入いただくもの	備考
1	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書	記入例を参考に記入してください。
2	<input type="checkbox"/> 医療意見書の研究利用についての同意書	研究利用への同意は任意となります。
3	<input type="checkbox"/> 医療保険者への所得区分照会に関する同意書	対象児童と保護者の情報をご記入ください。
4	<input type="checkbox"/> 委任状 ※保護者以外の方が手続きを行う場合のみ	委任者は「申請者(保護者)」となる方 受任者は申請手続きを行う代理人
チェック	医療機関で取得するもの	備考
5	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療用意見書(新規) (作成から概ね3ヶ月以内のもの)	指定医による記入・作成が必要です。医療機関に依頼し、取得してください。
チェック	役所・役場等で取得するもの	備考
6	<input type="checkbox"/> 住民票謄本(とうほん) (続柄記載で発行から概ね3ヶ月以内のもの)	※保護者と対象児童が別居している場合はそれぞれの住民票謄本が必要です。 ※⑩の個人番号確認書類に関し、住民票に個人番号を記載させることができます。カード等不所持で個人番号が確認できない場合、住民票に個人番号が記載されたものを提出してください。
7	<input type="checkbox"/> 申請時点で取得可能な最新年度の所得課税証明書(全項目記載) ※合計所得額、市町村民税額、公的年金収入等記載のもの (全項目記載様式を取得であれば、基本的に記載されます。) ※市区町村によって名称が異なる場合があります ※住所変更があった場合、前住所の自治体で取得が必要となる場合があります。 ※発行から概ね3ヶ月以内のもの ※対象児童が血友病患者又は生活保護受給世帯である場合は不要です。	【提出が必要な対象者】 (1)対象児童が被用者保険(全国健康保険協会、組合健保、共済組合等)に加入している場合 →被保険者のもの ※対象児童本人が被用者保険の被保険者である場合は、対象児童と保護者の分両方が必要です。 (2)対象児童が国民健康保険(市町村国保、国保組合等)に加入している場合 →対象児童+対象児童と同一の保険世帯員全員分のもの ※基本的に、同一の保険世帯員とは保険証の記号・番号が同じ方が該当します。 ※対象児童を含む中学生以下の児童の分は省略可能です。
7-2	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書等 ※対象児童が生活保護受給世帯である場合のみ提出 ※市役所又は福祉事務所等で取得ください。 ※発行元により名称が異なる場合があります。	生活保護の開始日及び現時点の受給状況が確認できるもの。
チェック	申請する方で用意していただくもの	備考
8	<input type="checkbox"/> 医療保険証の写し	【提出が必要な対象者】 ◇対象児童が被用者保険(協会けんぽ、組合健保、共済組合等)に加入している場合 →対象児童+被保険者のもの ◇対象児童が国民健康保険(※市区町村国保、国保組合等)に加入している場合 →対象児童+対象児童と同一の保険世帯員全員分のもの
9	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 ※長型3号の封筒に94円切手を貼付し宛名を記入	申請の結果通知の文書を申請者へ送付する際に使用します。 受け取り先のご住所と対象児童の氏名を封筒へご記入ください。
10	<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)確認書類 ※写し可 (個人番号カードや通知カード又は個人番号が記載された住民票等)	【確認が必要となる対象者】 は⑦の提出が必要な対象者に準じます。
11	<input type="checkbox"/> お手続きされる方の身元確認書類 (運転免許証等)	手続きにいらした際に保健所職員へご提示ください。
チェック	条件に当てはまる方のみ提出が必要なもの	備考(該当条件等)
A	<input type="checkbox"/> 成長ホルモン治療用意見書	対象児童が成長ホルモン治療認定基準を満たしており、成長ホルモン治療を行う場合。 ※医師が記入します。医療機関に依頼し、取得してください。
B	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書	対象児童が人工呼吸器等装着者認定基準を満たす場合。 ※医師が記入します。医療機関に依頼し取得してください。
C	<input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書	対象児童が重症患者認定基準を満たす場合。 ※申請者ご自身がご記入ください。
※上記A、B、Cに該当するかどうかは、受診先の医療機関へご相談ください。		
D	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級・2級)の写し	対象児童が受給している場合。
E	<input type="checkbox"/> 障害年金証明書の写し	
F	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)受給者証の写し	対象児童と同一の保険世帯員の中に、既に小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の有効な受給者証をお持ちの方がいる場合は、その方の受給者証の写しをご提出ください。
G	<input type="checkbox"/> 各種手当・年金等に関する給付状況(受給金額)が分かる書類(決定通知書、証明書、通知はがき等)の写し 例・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当(経過福祉手当)・遺族年金・寡婦年金・障害年金・障害手当金(障害一時金)・障害給付・労災保険による障害補償に関する給付等	「所得課税証明書」の提出が必要となる対象者の住民税が非課税であり、かつ左記手当や年金等を受給している場合。 ※「所得課税証明書」の算定期間と同期間の給付状況(受給金額)が分かる書類が必要です。

注1 書類の提出後、確認のための問い合わせやその他追加で書類の提出を求められることがあります。

注2 申請受付後、結果がお手元に届くまでに約2ヶ月かかります。

注3 申請書類の作成や準備等につき、ご不明な点がある場合は申請先の保健所へお問い合わせください。