

高額かつ長期申請時の提出書類チェックリスト(自己負担額変更)

書類がそろっているか、□欄に✓し、確認して下さい。

チェック	申請者にて記入いただくもの	備考
1	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書	記入例を参考にご記入ください。
2	<input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書	記入例を参考にご記入ください。
チェック	申請する方でご用意いただくもの	備考
3	<input type="checkbox"/> 月額自己負担上限額管理票に記載されている 該当月のページの写し 6ヶ月分	高額かつ長期の対象となる基準は下記をご参照ください。
4	<input type="checkbox"/> 現在お持ちの受給者証の写し	
5	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 ※長型3号の封筒に84円切手を貼付	新しい受給者証を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。 ※保健所窓口で直接手続きを行う場合は不要です。

高額かつ長期の対象となる認定基準

高額かつ長期の申請を行う日が属する月以前の直近12ヶ月以内に、小児慢性特定疾病医療費につき医療費総額(10割)が5万円を超えた月(※以降該当月という)の数が6回(ヶ月)以上ある場合、対象となります。(但し、該当月の確認対象は制度の支給認定を受けた以後のものに限られます。)

○医療費総額(10割)の確認方法

【自己負担上限額管理票】

小児慢性特定疾病に係る自己負担額が記載された管理票

小児慢性特定疾病医療費
平成 年 月 分 自己負担上限額管理票

受給者名: _____ 受給者番号: _____

月額自己負担上限額 _____ 円

日付	医療費総額(10割分)	自己負担額(月額)	徴収印
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付 _____ 認定医療機関名 _____ 確認印 _____

「医療費総額(10割分)」の月ごとの合計額を確認

○高額かつ長期を適用した場合の自己負担上限額

階層区分	判断基準	患者負担割合:2割	
		月額自己負担上限額(外来+入院)	高額かつ長期
生活保護	-	0円	
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税 (世帯) ~80万円	1,250円	
低所得Ⅱ	80万円超~	2,500円	
一般所得Ⅰ	市町村民税 ~7.1万円未満	5,000円	2,500円
一般所得Ⅱ	市町村民税 7.1万円以上~25.1万円未満	10,000円	5,000円
上位所得	市町村民税 25.1万円以上	15,000円	10,000円

○該当月の確認対象となる期間の例 (※確認対象期間は申請を行う時点により変動していきますのでご注意ください。)

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	申請を行う月		備考	
												6月	7月		
該当月の確認対象期間「12ヶ月」の考え方	←													令和2年6月に申請する場合⇒確認対象期間は令和元年7月~令和2年6月申請時点現在までの医療費	
	←													令和2年7月に申請する場合⇒確認対象期間は令和元年8月~令和2年7月申請時点現在までの医療費	
該当月の例	×	×	×	◎	×	◎	×	◎	◎	×	◎	◎	×	◎	確認対象期間内に6回(ヶ月)以上該当月があれば高額かつ長期が認定となる。

◎は、医療費総額(10割)が5万円以上の該当月

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を求めることがあります。

注2. 認定基準を満たさない場合、月額自己負担上限額は変更されません。

注3. 既に重症認定・人工呼吸器認定を受けている場合、月額自己負担上限額に変更が生じない場合があります。