

重要

申請にあたり、必ずお読みください 【宮城県】

令和5年度 小児慢性特定医療費 医療受給者証更新手続きの御案内

あなたの小児慢性特定医療費医療受給者証は、令和5年9月30日で有効期間が終了します。

引き続き交付を希望される場合は、更新手続き（申請書類の提出）が必要です。

更新申請受付期間

①郵送申請の場合 … 令和5年7月14日（金） 消印分 まで

②会場申請の場合 … 令和5年7月31日（月） 受付分 まで

※ 提出方法の詳細は、別冊2の「保健所別の申請方法について」を確認してください。

※ 更新申請については、可能な限り郵送申請をお願いいたします。

※ ①または②の期間経過後も、令和5年9月29日までは随時申請を受け付けています。

受給者証の発行時期（審査で承認された場合）

①または②の日付までに申請書類を提出した場合 … 令和5年9月末

①または②の日付以降、令和5年9月29日（金） … 令和5年11月末以降
までに申請書類を提出した場合

※ 令和5年10月1日までに18歳に到達する受給者の方へ ※

更新申請書類の提出が間合わなかった場合、新規申請をすることができないため、受給終了となります。期間内に必ずお手続きください。

目 次

| 冊子 | ページ | 見出し名 |
|-----|----------------------|-----------------------------|
| 本冊 | P. 3 | 1 更新申請の手続きと審査 |
| | P. 5 | 2 必要書類 |
| | P. 6 | (1) 患者が『被用者保険』に加入している場合 |
| | P. 7 | (2) 患者が『国民健康保険』に加入している場合 |
| | P. 8 | (3) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合 |
| | P. 9 | (4) 患者が『生活保護受給者』の場合 |
| | P. 10 | 3 申請書等の書き方 |
| | P. 13 | 4 重症患者認定申請 |
| | P. 15 | 5 人工呼吸器等装着者の特例 |
| | P. 16 | 6 高額かつ長期の特例 |
| | P. 17 | 7 世帯按分の特例 |
| | P. 18 | 8 通院介護費用交付事業のお知らせ |
| | P. 18 | 9 よくある問い合わせ等について |
| | P. 19 | 10 令和5年度の市町村民税額等がわかる証明書の名称等 |
| | P. 20 | 各種申請書の記載例 |
| 別冊1 | 必要書類チェックシート・各種申請書様式集 | |
| 別冊2 | 保健所別の申請方法について | |

1 更新申請の手続きと審査

(1) 更新申請の手続き

小児慢性特定医療費医療受給者証は、1年ごとに更新が必要です。(宮城県では、10月1日を基準に更新を行います。)

この封筒の中身を確認し、次のとおり手続きをしてください。

①医療意見書の準備

現在認定されている疾病の医療意見書(様式)を同封しています。お早めに主治医に記載を依頼してください。

※ご自身または医療機関で印刷した様式を使って、既に主治医に医療意見書等を記載してもらっている場合は、今回送付した様式は廃棄していただいてもかまいません。

②更新申請書、添付書類の準備

6～9ページのうち、該当する保険証種別のページを確認しながら、必要書類を御準備ください。

③申請書類一式の提出

- ・お住まいの地域を管轄する保健所に提出してください。
(郵送で提出する場合は、書類を折らずにお送りください。)
- ・提出方法と申請受付期間の詳細については、別冊2の「保健所別の申請方法について」を確認してください。

(2) 更新申請の審査

提出いただいた医療意見書と申請書類一式は、次のとおり審査します。

① 医療意見書の審査について

医療意見書の記載が、「国の定める基準を満たしているか」を審査します。

前回から症状の程度が変わり、国の定める基準を満たさなくなった場合は、不認定となります。不認定となった場合も、症状の程度が変わった場合や、疾病の診断が変わった場合等は、再度「新規申請」を行うことができますので、主治医に御相談ください(ただし、18歳に到達した後は、新規申請をすることはできません)。

② 申請書類の審査について

提出いただいた申請書や(非)課税証明書、自己負担上限月額管理票の写しに基づき、自己負担上限月額や「高額かつ長期」等の軽減申請について審査します。そのため、今年の課税額や軽減申請の有無によっては、前回より自己負担上限月額が上がる場合があります。

表紙の期限までに提出された申請で、この2つの審査により認定された場合、令和5年9月30日までに受給者証を発送します。

(有効期間は令和5年10月1日～令和6年9月30日※です。)

※令和6年9月30日までに満20歳に到達する場合は、満20歳に到達する前日が有効期間の終期になります。

なお、「不認定」となる場合や、医療意見書の内容を医療機関に確認するため、「審査保留」となる場合は、令和5年9月30日までに疾病・感染症対策課から文書でお知らせします。

【参考】

自己負担上限月額を、次のとおりです。

| 階層区分 | 自己負担上限月額 | | |
|--------------|----------|------------------|--------|
| | 一般 | 重症患者認定 高額かつ長期 | 人工呼吸器等 |
| 上位所得(D) | 15,000円 | 10,000円 | 500円 |
| 一般所得Ⅱ(C2) | 10,000円 | 5,000円 | |
| 一般所得Ⅰ(C1) | 5,000円 | 2,500円 | |
| 低所得Ⅱ(B2) | 2,500円 | 2,500円 | |
| 低所得Ⅰ(B1) | 1,250円 | 1,250円 | |
| 生活保護(A), 血友病 | 0円 | | |

世帯按分に該当する場合、申請することで自己負担上限月額がさらに減額される場合があります。(詳細は17ページを御確認ください)

現在、軽減申請が承認されている場合は、受給者証の自己負担上限月額の後ろに、次のとおり印字されています。

- ・ 「重症患者認定」に該当 … (重)
- ・ 「高額かつ長期」に該当 … (高)
- ・ 「人工呼吸器等」に該当 … (呼)
- ・ 「世帯按分」に該当 … (按)

2 必要書類

- 患者が加入している保険証の種類によって、手続きに必要な書類が異なります。患者が加入している保険証種別のページを確認して、書類を御準備ください。
- なお、各書類のコピーは全てA4サイズ用紙に片面コピーして提出してください。(元のサイズに合わせた切取りは不要です。)

| | |
|----|----------------------------|
| P6 | (1) 患者が『被用者保険』に加入している場合 |
| P7 | (2) 患者が『国民健康保険』に加入している場合 |
| P8 | (3) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合 |
| P9 | (4) 患者が『生活保護受給者』の場合 |

- 申請書の記載例や必要書類の補足は、10ページ以降の「3 申請書等の書き方」や、13ページから17ページまでの各特例ページ、20ページ以降の記載例で説明していますので、あわせて確認してください。

【参考1】保険証に変更がある場合

- 「現在の保険証」と、「現在の受給者証に記載されている保険証情報」が異なる場合、更新申請書に新しい保険証の情報を記載することで、同時に変更手続きを行うことができます。更新後の受給者証も、新しい保険証情報で発行されます。
- ただし、保険証情報を書換えた現在の受給者証の再発行時期は、令和5年10月末以降となります。
- 直近で受診予定があるなど、保険証情報を書換えた受給者証をお急ぎで医療機関に提示する必要がある場合は、次のいずれかの方法で提出いただければ、受付時にあわせてお手持ちの受給者証を窓口で修正します。
 - ・更新申請と別に、保健所窓口で随時受付している『保険変更届出』を提出する。
 - ・更新申請書を『会場申請』により提出する。(※会場申請を実施する保健所に限ります。)

【参考2】市町村民税の課税・非課税を確認する方法について

- 各市町村によって様式が異なりますが、多くの場合、例のように県民税と並んで記載されています。小児慢性の自己負担上限月額が『市町村民税』から決定されます。
- 市町村民税の「所得割」と「均等割」どちらかでも1円以上の場合は「課税」、どちらも「0円」の場合は「非課税」となります。

(例)

| | 市(町村)民税 | 県民税 |
|-----|---------|---------|
| 所得割 | 72,000円 | 68,000円 |
| 均等割 | 3,500円 | 2,700円 |

(1) 患者が『被用者保険』に加入している場合

例…全国健康保険協会〇〇支部、船員保険、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合など

1 提出が必要な書類 (一部省略可能な場合の条件は、「注意事項」欄を確認してください。)

| チェック | 書類名 | 注意事項 |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | (1) 必要書類チェックシート | 準備した書類を確認後、一緒に提出してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (2) 支給認定申請書 (更新用) | 20ページの記載例を参考に記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (3) 世帯調書 | (4) の対象者について記載してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (4) 保険証のコピー | ・ 患者が被保険者の場合…患者分のみ ・ 患者が被扶養者の場合…患者と被保険者の分 |
| <input type="checkbox"/> | (5) 患者の世帯全員が記載された住民票 (住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの | マイナンバーを省略した住民票で提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。 |
| <input type="checkbox"/> | (6) 令和5年度 (令和4年分) の市町村民税 (非) 課税証明書 ※ 証明書の名称は、19ページ参照 | 患者が被保険者の場合…患者分のみ 患者が被扶養者の場合…患者と被保険者の分 ※被保険者が課税の場合、被扶養者分は省略可能です。 ※対象者のうち、16歳未満の方の分は省略可能です。 |
| <input type="checkbox"/> | (7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月～12月分の収入額の証拠書類 (公的機関発行書類のコピー) | ・ 11ページの「提出が必要な場合」に該当する場合は必要になります。 ・ 給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。 |
| <input type="checkbox"/> | (8) 現在の小児慢性受給者証のコピー | 宮城県知事印が押されている左側のページをA4サイズの用紙にコピーしてください。 |
| <input type="checkbox"/> | (9) 医療意見書及び療育指導連絡票 | 療育指導連絡票を同時に依頼することで、医療意見書の文書料を保険診療にすることができます。 |

2 該当・希望する場合のみ、必要な書類

| チェック | 【該当例】と必要書類 | 備考 |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 【高額かつ長期に該当する場合】 ・ 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 10ページ、16ページ参照 | 令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「総医療費」欄の合計額が50,001円以上の月が6か月分ありましたら、添付してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【申請を希望する場合】 ・ 通院介護費用受給者認定申請書 | 詳細は別冊の「通院介護費用交付制度の御案内」を御覧ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【重症患者基準に該当する場合】 ・ 重症患者認定申請書 | ・ 現在該当している方には様式を同封しています。 ・ この様式は保護者又は患者が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【人工呼吸器等装着者に該当する場合】 ・ 人工呼吸器等装着者証明書 | ・ 現在該当している方には様式を同封しています。 ・ この様式は主治医が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【世帯按分に該当する場合】 ・ 対象者の受給者証のコピー | 対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。 |
| <input type="checkbox"/> | 【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点 (または代理人の公的証明書類2点) | 顔写真付き本人確認書類の例：マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等 |
| <input type="checkbox"/> | 【マイナンバー省略住民票の場合】 (4) の対象者すべての分のマイナンバーカードのコピー | ・ 患者が18歳未満の場合は保護者のマイナンバーカードのコピーも必要です。 ・ マイナンバー通知カードは、記載されている住所・氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。 ・ 個人番号通知書は確認書類として使用できません。 |

(2) 患者が『国民健康保険』に加入している場合
例…〇〇市(町・村)国民健康保険

1 提出が必要な書類 (一部省略可能な場合の条件は、「注意事項」欄を確認してください。)

| チェック | 書類名 | 注意事項 |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | (1) 必要書類チェックシート | 準備した書類を確認後、一緒に提出してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (2) 支給認定申請書(更新用) | 20ページの記載例を参考に記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (3) 世帯調書 | (4)の対象者について記載してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (4) 保険証のコピー | 患者と同じ記号番号の方全員の分。 |
| <input type="checkbox"/> | (5) 患者の世帯全員が記載された住民票(住民票謄本) ※世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの | マイナンバーを省略した住民票で提出する場合は、マイナンバー証明書類の追加提出が必要になります。 |
| <input type="checkbox"/> | (6) 令和5年度(令和4年分)の市町村民税(非)課税証明書 ※証明書の名称は、19ページ参照 | (4)の対象者全員の分。 ※上記の対象者のうち、16歳未満の方は省略可能です。 ※患者が国民健康保険加入者で、保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合、保護者の(非)課税証明書も必要です。 |
| <input type="checkbox"/> | (7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月~12月分の収入額の証拠書類(公的機関発行書類のコピー) | ・11ページの「提出が必要な場合」に該当する場合は必要となります。 ・給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。 |
| <input type="checkbox"/> | (8) 現在の小児慢性受給者証のコピー | 宮城県知事印が押されている左側のページをA4サイズの用紙にコピーしてください。 |
| <input type="checkbox"/> | (9) 医療意見書及び療育指導連絡票 | 療育指導連絡票を同時に依頼することで、医療意見書の文書料を保険診療にすることができます。 |

2 該当・希望する場合のみ、必要な書類

| チェック | 【該当例】と必要書類 | 備考 |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 【高額かつ長期に該当する場合】 ・自己負担上限月額管理票のコピー ※10ページ, 16ページ参照 | 令和4年8月~令和5年7月分までのうち、「総医療費」欄の合計額が50,001円以上の月が6か月分ありましたら、添付してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【申請を希望する場合】 ・通院介護費用受給者認定申請書 | 詳細は別冊の「通院介護費用交付制度の御案内」を御覧ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【重症患者基準に該当する場合】 ・重症患者認定申請書 | ・現在該当している方には様式を同封しています。 ・この様式は保護者又は患者が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【人工呼吸器等装着者に該当する場合】 ・人工呼吸器等装着者証明書 | ・現在該当している方には様式を同封しています。 ・この様式は主治医が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【世帯按分に該当する場合】 ・対象者の受給者証のコピー | 対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。 |
| <input type="checkbox"/> | 【会場で代理申請する場合】 ・代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点(または代理人の公的証明書類2点) | 顔写真付き本人確認書類の例:マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等 |
| <input type="checkbox"/> | 【マイナンバー省略住民票の場合】 ・(4)の対象者すべての分のマイナンバーカードのコピー | ・患者が18歳未満の場合は保護者のマイナンバーカードのコピーも必要です。 ・マイナンバー通知カードは、記載されている住所・氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。 ・個人番号通知書は確認書類として使用できません。 |

(3) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合

例…宮城県医師国民健康保険組合、全国土木建築国民健康保険組合、建設連合国民健康保険組合、宮城県建設業国民健康保険組合など

1 提出が必要な書類 (一部省略可能な場合の条件は、「注意事項」欄を確認してください。)

| チェック | 書類名 | 注意事項 |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | (1) 必要書類チェックシート | 準備した書類を確認後、一緒に提出してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (2) 支給認定申請書 (更新用) | 20ページの記載例を参考に記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (3) 世帯調書 | (4)の対象者について記載してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (4) 保険証のコピー | 患者と同じ記号番号の方全員の分。 |
| <input type="checkbox"/> | (5) 患者の世帯全員が記載された住民票 (住民票謄本) ※世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの | マイナンバーを省略した住民票で提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。 |
| <input type="checkbox"/> | (6) 令和5年度 (令和4年分) の市町村民税 (非) 課税証明書 ※証明書の名称は、19ページ参照 | (4)の対象者全員の分の証明書が必要です。 ※上記の対象者のうち、16歳未満の方は省略可能です。 ※患者が国民健康保険組合加入者で、保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合、保護者の (非) 課税証明書も必要です。 |
| <input type="checkbox"/> | (7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月～12月分の収入額の証拠書類 (公的機関発行書類のコピー) | ・11ページの「提出が必要な場合」に該当する場合は必要となります。 ・給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。 |
| <input type="checkbox"/> | (8) 現在の小児慢性受給者証のコピー | 宮城県知事印が押されている左側のページをA4サイズの用紙にコピーしてください。 |
| <input type="checkbox"/> | (9) 医療意見書及び療育指導連絡票 | 療育指導連絡票を同時に依頼することで、医療意見書の文書料を保険診療にすることができます。 |

2 該当・希望する場合のみ、必要な書類

| チェック | 【該当例】と必要書類 | 備考 |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 【高額かつ長期を申請する場合】 ・自己負担上限月額管理票のコピー ※10ページ、16ページ参照 | 令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「総医療費」欄の合計額が50,001円以上の月が6か月分ありましたら、添付してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【申請を希望する場合】 ・通院介護費用受給者認定申請書 | ※詳細は別冊の「通院介護費用交付制度の御案内」を御覧ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【宮城県建設業国民健康保険組合の場合】 ・無収入申告書 | 患者と同じ記号番号の保険証を持つ16歳未満の方がいる場合のみ、必要です。 |
| <input type="checkbox"/> | 【重症患者基準に該当する場合】 ・重症患者認定申請書 | ・現在該当している方には様式を同封しています。 ・この様式は保護者又は患者が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【人工呼吸器等装着者に該当する場合】 ・人工呼吸器等装着者証明書 | ・現在該当している方には様式を同封しています。 ・この様式は主治医が記載するものです。 |
| <input type="checkbox"/> | 【世帯按分に該当する場合】 ・対象者の受給者証のコピー | 対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。 |
| <input type="checkbox"/> | 【会場で代理申請する場合】 ・代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点 (または代理人の公的証明書類2点) | 顔写真付き本人確認書類の例: マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等 |
| <input type="checkbox"/> | 【マイナンバー省略住民票の場合】 ・(4)の対象者すべての分のマイナンバーカードのコピー | ・患者が18歳未満の場合は保護者のマイナンバーカードのコピーも必要です。 ・マイナンバー通知カードは、記載されている住所・氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。 ・個人番号通知書は確認書類として使用できません。 |

(4) 患者が『生活保護受給者』の場合

1 提出が必要な書類 (一部省略可能な場合の条件は、「注意事項」欄を確認してください。)

| チェック | 書類名 | 注意事項 |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | (1) 必要書類チェックシート | 準備した書類を確認後、一緒に提出してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (2) 支給認定申請書 (更新用) | 20ページの記載例を参考に記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (3) 世帯調書 | 患者と保護者について記載してください。 |
| <input type="checkbox"/> | (4) 患者の世帯全員が記載された 住民票 (住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが 記載されているもの | マイナンバーを省略した住民票で提出する場合は、 マイナンバー証明書類の提出が必要になります。 |
| <input type="checkbox"/> | (5) 生活保護受給証のコピー | |
| <input type="checkbox"/> | (6) 現在の小児慢性受給者証のコピー | 宮城県知事印が押されている左側のページをA4 サイズの用紙にコピーしてください。 |
| <input type="checkbox"/> | (7) 医療意見書及び療育指導連絡票 | 療育指導連絡票を同時に依頼することで、医療意 見書の文書料を保険診療にすることができます。 |

2 該当・希望する場合のみ、必要な書類

| チェック | 【該当例】と必要書類 | 備考 |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 【申請を希望する場合】 ・通院介護費用受給者認定申請書 | ※詳細は別冊の「通院介護費用交付制度の御案内」を 御覧ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【被用者保険も加入している場合】 ・令和5年度(令和4年分)の市町村民税(非) 課税証明書 ※証明書の名称は、19ページ参照 | ・被用者保険とは全国健康保険協会〇〇支部、船員保 険、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合などです。 ・被保険者が非課税の場合のみ、被保険者分が必要で す。 ・該当する場合は、生活保護担当に御相談ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【国民健康保険組合も加入している場合】 ・令和5年度(令和4年分)の市町村民税(非) 課税証明書 ※証明書の名称は、19ページ参照 | ・国民健康保険組合とは、宮城県〇〇国民健康保険組 合などです。 ・加入組合員すべての分の証明書が必要です。 ※16歳未満の方の分に限り、省略可能です。 ・該当する場合は生活保護担当に御相談ください。 |
| <input type="checkbox"/> | 【宮城県建設業国民健康保険組合の場合】 ・無収入申告書 | 患者と同じ記号番号の保険証を持つ16歳未満の方 がいる場合のみ、必要です。 |
| <input type="checkbox"/> | 【会場で代理申請する場合】 ・代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか 1点 (または代理人の公的証明書類2点) | 顔写真付き本人確認書類の例： マイナンバーカードや運転免許証、パスポート等 |
| <input type="checkbox"/> | 【マイナンバー省略住民票の場合】 ・(4)の対象者すべての分のマイナンバー カードのコピー | ・患者が18歳未満の場合は保護者のマイナンバー カードのコピーも必要です。 ・マイナンバー通知カードは、記載されている住所・ 氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。 ・個人番号通知書は確認書類として使用できません。 |

3 申請書等の書き方

(1) 更新申請書 **別冊1-②**

- 20ページの記載例を確認しながら、太枠内及び「はい(あり)」・「いいえ(なし)」を全て記載してください。
- 「軽減申請」の詳細については13ページ以降に記載しておりますので、該当する場合は、忘れずに必要書類を添付してください。
- 「軽減申請」は、自動更新されません。更新のたびに申請が必要となります。
- 「軽減申請」は、後日、変更申請として手続きすることもできます。ただし、認定となった際の適用開始日は、保健所での申請受理日の翌月1日からとなります。

【例】自己負担上限月額管理票の添付について

| 管理票の月 | 自己負担上限月額管理票の「総医療費」欄の合計額 | 高額かつ長期の該当 |
|---------|-------------------------|-----------|
| 令和4年8月 | 29,000円 | × |
| 令和4年9月 | 35,000円 | × |
| 令和4年10月 | 60,800円 | ○ |
| 令和4年11月 | 通院等なし(記載なし) | × |
| 令和4年12月 | 55,000円 | ○ |
| 令和5年1月 | 30,100円 | × |
| 令和5年2月 | 56,800円 | ○ |
| 令和5年3月 | 80,000円 | ○ |
| 令和5年4月 | 126,000円 | ○ |
| 令和5年5月 | 34,000円 | × |
| 令和5年6月 | 通院等なし(記載なし) | × |
| 令和5年7月 | 78,200円 | ○ |

この場合、

- ① 令和4年10月
- ② 令和4年12月
- ③ 令和5年2月
- ④ 令和5年3月
- ⑤ 令和5年4月
- ⑥ 令和5年7月

の6か月分を添付することで、「高額かつ長期」の申請ができます。

※オンライン診療を受けた等により、自己負担上限月額管理票に未記載の医療費がある場合は、診療を受けた医療機関に相談し、追記を依頼してください。

(2) 世帯調書 **別冊1-④, ⑤**

- 保険証のコピーが必要な方について、太枠内に記載してください。

(3) 非課税収入申告書 別冊1-⑥

- 「令和5年度（令和4年分）市町村民税（非）課税証明書（合計所得金額等の記載があるもの）」について、次の①、②の両方に該当する場合、必ず提出してください。

提出が必要な場合（①、②の両方に該当）

- ① 「市町村民税」欄について、提出対象者全員が非課税（0円）である。
- ② 患者（患者が18歳未満の場合は、保護者）の「公的年金等収入額」欄と「合計所得金額」（公的年金にかかる雑所得を除く。）の合計が80万円以下である。

※ 「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」に「給与所得」がある場合「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」から10万円（「給与所得」の額が10万円未満のときは、その額）を差し引いた額になります。

【確認】次のどちらかに該当する場合は、提出不要です。

- ・ 提出対象者の「市町村民税」欄に課税（1円以上）の方がいる場合
- ・ 提出対象者が全て非課税だが、患者（患者が18歳未満の場合は、保護者）の「公的年金等収入額」欄と「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く。）」の合計額が80万1円以上の場合。

- 「提出が必要な場合」に当てはまる場合は、次のページの【参考】に記載している給付金等について、受給しているか確認し、次のとおり記載してください。

■【参考】欄に記載されている給付金等を受給している場合

- ① 「厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを○で囲んでください。）」欄の「有」と、対象の給付金等に○をしてください。
- ② 「収入額」欄に、令和4年1月から令和4年12月までの間に受給した給付金等の合計受給額を記載してください。

※受給した月は、「振込や支給を受けた月日が属する月」で考えます。

（例）1～2月分を3月に銀行振込で受給した場合、この給付金等は3月分として考えます。

- ③ 令和4年1月から令和4年12月までの受給額が分かる公的機関が発行した証拠書類（年金振込通知書など）のコピーを添付してください。（※通帳のコピーは使用できません。）

※公的機関が発行した証拠書類を紛失した場合

- ・ 国民年金や厚生年金については、最寄りの年金事務所で「支払記録照会」「受給権者支払記録回答票」等の年金受給額がわかる書類の交付を受けてください。必要書類は最寄りの年金事務所にお問い合わせください。
- ・ 共済年金等については、年金等支給元にお問い合わせください。
- ・ 障害給付、特別児童扶養手当等については、手当等の支給元にお問い合わせください。

公的機関が発行した証拠書類のコピーが添付できない場合、審査が保留になってしまいます。証拠書類を添付せずに申請をする場合は、非課税収入申告書の下部にある「低所得Ⅱ（階層区分B2）認定同意欄」で必ず同意してください。

■【参考】欄に記載されている給付金等を受給していない場合

①「厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを○で囲んでください。）」欄の「無」に○をしてください。

【参考】提出の対象となる非課税収入の一覧

※この一覧表に掲載されている年金等を受給していない場合は、公的機関が発行した証明書類のコピーは不要です。

例)「児童手当（0歳から15歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある児童に給付される手当）」や「臨時特別給付金（新型コロナウイルス感染症に関する給付）」については、「非課税収入申告書」の申告対象にはなりません。

| 区分 | 給付に関する法令 | 非課税収入申告の対象となる給付の名称 | 非課税収入申告書の番号 |
|--|-----------------------|--------------------|-------------|
| 障害年金、遺族年金、寡婦年金、関係 | 国民年金法 | 障害基礎年金 | ① |
| | | 遺族基礎年金 | ② |
| | | 寡婦年金 | ③ |
| | | 法改正前の障害年金 | ④ |
| | 厚生年金保険法 | 障害厚生年金 | ⑤ |
| | | 障害手当金 | ⑥ |
| | | 遺族厚生年金 | ⑦ |
| | | 法改正前の障害年金 | ④ |
| | 船員保険法 | 障害年金 | ④ |
| | | 障害手当金 | ⑥ |
| | | 法改正前の障害年金 | ④ |
| | 国家公務員共済組合法 | 障害共済年金 | ⑨ |
| | | 障害一時金 | ⑧ |
| | | 遺族共済年金 | ⑩ |
| | | 法改正前の障害年金 | ④ |
| | 地方公務員等共済組合法 | 障害共済年金 | ⑨ |
| | | 障害一時金 | ⑧ |
| | | 遺族共済年金 | ⑩ |
| 法改正前の障害年金 | | ④ | |
| 私立学校教職員共済法 | 障害共済年金 | ⑨ | |
| | 障害一時金 | ⑧ | |
| | 遺族共済年金 | ⑩ | |
| | 法改正前の障害年金 | ④ | |
| 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等（廃止）並びに同法附則第十六条第四項に規定する農林共済年金及び同条第六項に規定する移行農林年金 | 障害共済年金 | ⑨ | |
| | 障害年金 | ④ | |
| | 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの | ⑪ | |
| 特定障害者に対する特定障害給付金の支給に関する法律 | 特別障害給付金 | ⑫ | |
| 労働災害補償関係 | 労働者災害補償保険法 | 障害補償給付 | ⑬ |
| | | 障害給付 | ⑬ |
| | 国家公務員災害補償法 | 障害補償 | ⑭ |
| 地方公務員災害補償法 | 障害補償 | ⑭ | |
| | 障害を支給事由とする補償 | ⑭ | |
| 児童等の障害手当関係 | 特別児童扶養手当等の支給に関する法律 | 特別児童扶養手当 | ⑮ |
| | | 障害児福祉手当 | ⑯ |
| | | 特別障害者手当 | ⑰ |
| | | 福祉手当 | ⑱ |

4 重症者認定申請

(1) 重症患者認定とは

小児慢性特定疾病受給者として認定されている方で、一般所得Ⅰ（C1）・一般所得Ⅱ（C2）・上位所得（D）のいずれかで認定され、かつ国で定める重症患者認定基準に該当する場合、申請により自己負担上限月額を軽減する特例です。

(2) 対象者及び国で定める認定基準

医学的審査により、次の①または②に該当すると認められる場合。

① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、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

| 対象部位 | 症状の状態 |
|-------|---|
| 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(両耳の聴力レベルが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) |
| | 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) |
| 下肢 | 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) |
| | 両下肢を足関節以上で欠くもの |
| 体幹・脊柱 | 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、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

| 疾患群 | 治療状況等の状態 |
|-------------------|---|
| 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 | 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 |

(3) 重症患者認定に該当した場合の自己負担上限月額軽減

| 階層区分 | 一般 | 重症者認定、 高額かつ長期 | 人工呼吸器等 装着者 |
|-------|---------|------------------|---------------|
| 一般所得Ⅰ | 5,000円 | 2,500円 | 500円 |
| 一般所得Ⅱ | 10,000円 | 5,000円 | |
| 上位所得 | 15,000円 | 10,000円 | |

・ 低所得Ⅰ（B1）
 ・ 低所得Ⅱ（B2）
 ・ 生活保護（A）
 ・ 人工呼吸器装着者（呼）
 ・ 高額かつ長期（高）
 で既に認定されている場合は、この特例が認定されても金額に変更はありません。

(4) 提出書類

保護者が記載した「重症患者認定申請書」と、次の書類のいずれか1点を提出してください。

①重症認定について記載された医療意見書

②身体障害者手帳（1級または2級）の写し

※小児慢性特定疾病で認定されている疾病名に起因するものに限ります。

③障害年金証書の写し

※小児慢性特定疾病で認定されている疾病名に起因するものに限ります。

(5) 留意事項

「重症患者認定申請書」と添付書類で審査を行いますので、重症患者に該当するかは主治医（小児慢性指定医）に相談してください。

また、申請書の「③軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

5 人工呼吸器等装着者の特例

(1) 「人工呼吸器等装着者」とは

人工呼吸器（在宅酸素療法は除きます。）を装着している場合で、国で定める認定基準を満たしている場合、申請により自己負担上限月額を軽減する特例です。

(2) 対象者

人工呼吸器（在宅酸素療法は除きます。）または体外式補助人工心臓を装着している場合。

(3) 国で定める認定基準

以下の①～⑤の全てを満たすこと。

- | | |
|---------|---|
| ①使用の有無 | : 「1. あり」 |
| ②種類 | : 人工呼吸器の場合, 「1. 気管チューブを介した人工呼吸器使用」または 「2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用」 体外式補助人工心臓等の場合, 「1. 体外式補助人工心臓」または「2. 埋込式補助人工心臓」 |
| ③施行状況 | : 「1. 継続的に施行」 |
| ④離脱の見込み | : 「2. なし」 |
| ⑤生活状況 | : 全ての項目において「部分介助」又は「全介助」 |

(4) 人工呼吸器等装着者に該当した場合の自己負担上限月額の軽減

階層区分にかかわらず、自己負担上限月額が500円で認定されます。

(5) 提出書類

医師が記載した「人工呼吸器等装着者証明書」を提出してください。

(6) 留意事項

「人工呼吸器等装着者証明書」で審査を行いますので、人工呼吸器等装着者に該当するかは医師と御相談ください。

また、申請書の「③軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

6 高額かつ長期の特例

(1) 高額かつ長期とは

小児慢性特定医療費医療受給者として認定されている方で、一般所得Ⅰ（C1）・一般所得Ⅱ（C2）及び上位所得（D）のいずれかで認定され、かつ国で定める認定基準に該当する場合、申請により自己負担上限月額を軽減する特例です。

(2) 対象者及び国で定める認定基準

更新申請を行う月を含めた過去12か月のうち、小児慢性特定疾病に係る医療費総額（10割）が50,001円以上の月が6回以上あること。

※ この特例の申請は、受給者証の新規申請から6か月（申請をした月を含みます。）を経過しないと申請することができません。

例：新規認定が令和5年4月中の方は令和4年8月31日（5か月目）まではこの特例に該当しません。

(3) 高額かつ長期に該当した場合の自己負担上限月額の軽減

| 階層区分 | 一般 | 重症認定、 高額かつ長期 | 人工呼吸器等装着者 |
|-------|---------|-----------------|-----------|
| 一般所得Ⅰ | 5,000円 | 2,500円 | 500円 |
| 一般所得Ⅱ | 10,000円 | 5,000円 | |
| 上位所得 | 15,000円 | 10,000円 | |

・低所得Ⅰ（B1）
・低所得Ⅱ（B2）
・生活保護（A）
・人工呼吸器装着者（呼）
・重症患者認定（重）
で認定される場合は、この特例が認定されても金額に変更はありません。

(4) 高額かつ長期の確認方法

①対象月分の自己負担上限月額管理票を御用意ください。

②「更新申請を行う月を含めた12か月分」の範囲を確認します。

※7月に提出する更新申請については、令和4年8月～令和5年7月分を確認してください。
8月以降に提出する場合は、下図が右にずれていきます。

| 該当例 | 令和4年（2022年） | | | | | | | | | | | | 令和5年（2023年） | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| × | × | × | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ |

○…小児慢性に係る医療費総額が50,001円（10割）以上の月
×…小児慢性に係る医療費総額が50,000円（10割）を超えない月

③医療費総額（10割分）欄の金額を合計します。

令和5年（2023年）1月分 小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

| No | 受診日 | 医療機関の名称 | 医療費総額 （10割分） | 自己負担額 | 月額自己負担 累積額 |
|----|-------|---------|-----------------|--------|---------------|
| 1 | 1月5日 | 〇〇クリニック | 30,000円 | 6,000円 | 6,000円 |
| 2 | 1月12日 | △△薬局 | 30,000円 | | 12,000円 |

【例】1か月の合計が60,000円

④対象期間のうち、③の合計額が50,001円以上かかった月が6回以上あるか確認してください。該当する場合は高額かつ長期の申請ができます。

(5) 提出書類

証明書類として該当月の自己負担上限月額管理票のコピー（6回分）を提出してください。また、申請書の「③軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

7 世帯按分の特例

(1) 世帯按分とは

世帯内に小児慢性特定疾病及び指定難病の受給者証を持つ方が複数いる場合、申請により、それぞれの自己負担上限月額割合に応じて、自己負担上限月額を軽減する特例です。

(2) 対象者

次の①または②に該当する場合。

- ①患者と同じ医療保険に加入している方が小児慢性特定疾病や指定難病の受給者証をお持ちの場合。(保険証の種類ごとでは、次のとおりです。)

| 保険証の種類 | 対象者の条件 |
|--------------------|--|
| 国民健康保険 国民健康保険組合 | 保険証の記号番号(枝番を除く)が同じ方 |
| 被用者保険 | 保険証の記号番号(枝番を除く)が同じ方 ※被用者保険の場合、被保険者と被扶養者は対象となりますが、被保険者同士は記号番号が異なるため、按分の対象外となります。 |

- ②患者が、指定難病で認定されている疾病以外で小児慢性特定疾病の認定を受けている場合。

(3) 世帯按分に該当した場合の自己負担上限月額の軽減

按分対象者の自己負担上限月額(高額かつ長期などの他の軽減申請が認定されている場合、反映した後の金額)のうち、最も高額な上限月額を世帯の上限額として、対象者の自己負担上限月額を比率により軽減します。

【例1】Aさん(小児慢性・上限10,000円)とBさん(小児慢性・上限10,000円)の場合

…対象者のなかで、最も高額な自己負担上限月額は10,000円。(I)
対象者全員の自己負担上限月額の合計は、10,000円+10,000円=20,000円(II)
そのため、Aさんは(I)×上限10,000円/II=5,000円
Bさんも(I)×上限10,000円/II=5,000円
よって、Aさん、Bさんいずれも自己負担上限月額が5,000円に軽減されます。

【例2】Cさん(指定難病・上限10,000円)とDさん(小児慢性・上限5,000円)の場合

…対象者のなかで、最も高額な自己負担上限月額は10,000円。(I)
対象者全員の自己負担上限月額の合計は、10,000円+5,000円=15,000円(II)
そのため、Cさんは(I)×上限10,000円/II=6,660円
Dさんは(I)×上限5,000円/II=3,330円 ※10円未満の端数は切り捨てます。
よって、Cさんは6,660円、Dさんは3,330円に自己負担上限月額が軽減されます。

(4) 提出書類

対象となる患者全員の受給者証のコピーを添付してください。また、申請書の「③軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

(5) 留意事項

按分相手が審査保留や不承認になった場合、承認された方の分については、先に自己負担上限月額が按分されていない金額の受給者証を交付します。(按分相手の認定が確認できた際に、改めて按分後の受給者証を交付します。)

8 通院介護費用交付事業のお知らせ

20歳未満の小児慢性等の認定を受けている方で、通院に介護が必要と認められる要件を満たす方に、通院介護費用の助成を行っています。

○制度を利用できる方は、「小児慢性・指定難病・特定疾患」のいずれかの医療費助成制度の受給者証に認定されており、かつ、下記の①～③のうちどれか1つ以上に該当する方です。

① 13歳未満の方

② 13歳以上20歳未満の方で、身体障害者手帳の1級または2級を所持している方

③ 13歳以上20歳未満の方で、通院に介護が必要である旨の医師意見が示された方

○要件や申請の詳細については、お住まいの住所を管轄する宮城県の各保健所にお問い合わせください。

※既に制度を利用している方は、更新手続きが必要です。詳しくは、同封している案内を御覧ください。

9 よくある問合せ等について

○令和5年度の小児慢性特定医療費医療受給者証等の更新手続きに関し、よくある問合せや更新申請書等の各書式を含む更新案内の内容を、疾病・感染症対策課のホームページに掲載しておりますので、あわせて御参照ください。

URL : <https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/situkan/kousin.html>

令和5年度の特典医療費（指定難病）医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の更新申請について

こちらのQRコードを読み取ることで、上記のホームページにアクセスできます。



10 令和5年度の市町村民税額等がわかる証明書の名称等

○ 居住地の市町村が発行する証明書の名称は、下表のとおりです。

○ 御提出いただく「令和5年度の市町村民税額がわかる証明書（合計所得金額等の記載があるもの）」は、次の5項目が確認できるものに限ります。

- ①市町村民税所得割額、 ②市町村民税均等割額、 ③合計所得金額、 ④公的年金等収入額、
⑤公的年金に関する雑所得

○ 市町村の税務窓口で証明書を交付請求する時に、これらの項目が表示されたものが必要であることを申し出てから交付請求してください（特に非課税証明書については、御留意ください。）。

○ 本人以外が請求する際は、市町村によっては「委任状」が必要となる場合があります（御不明の場合は、この書類を市町村の税務窓口へ提示してください。）。

○ 「取得可能予定日」は4月上旬時点の情報です。取得可能予定日が変更になる可能性がありますので、確定情報及び詳細は各市町村のホームページ等で御確認ください。

| 受付機関名 | 市町村名 | 住民税が「非」課税であることを証明する書類の名称 | 住民税が課税されていることを証明する書類の名称 | 取得可能予定日（参考） |
|-----------|------|----------------------------------|-------------------------|-------------|
| 仙南保健所 | 白石市 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 角田市 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 蔵王町 | 町民税・県民税非課税証明書 | 町民税・県民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 七ヶ宿町 | 非課税証明書 | 住民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 大河原町 | 町民税・県民税非課税証明書 | 町民税・県民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 村田町 | 町・県民税非課税証明書 | 町・県民税課税証明書 | 6月中旬以降 |
| | 柴田町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 川崎町 | 所得・課税・扶養証明書 | 所得・課税・扶養証明書 | 6月15日以降 |
| | 丸森町 | 非課税証明書 | 所得課税証明書 | 6月15日以降 |
| 塩釜保健所 | 塩竈市 | 市県民税非課税証明書 | 市県民税課税証明書 | 6月中旬以降 |
| | 多賀城市 | 非課税（所得）証明書 | 課税（所得）証明書 | 6月中旬以降 |
| | 松島町 | 所得課税証明書 | 所得課税証明書 | 6月中旬以降 |
| | 七ヶ浜町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月中旬以降 |
| | 利府町 | 町県民税非課税証明書 | 町県民税課税（所得）証明書 | 6月中旬以降 |
| 塩釜保健所岩沼支所 | 名取市 | 所得・非課税証明書 | 所得・課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 岩沼市 | 市・県民税非課税証明書 | 市・県民税課税証明書 | 6月中旬以降 |
| | 亘理町 | 非課税証明書 | 課税（所得）証明書 | 6月15日以降 |
| | 山元町 | 町・県民税所得課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。 | 町・県民税所得課税証明書 | 6月15日以降 |
| 塩釜保健所黒川支所 | 富谷市 | 市・県民税非課税証明書 | 市・県民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 大和町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 大郷町 | 町・県民税所得課税証明書 | 町・県民税所得課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 大衡村 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月9日以降 |
| 大崎保健所 | 大崎市 | 課税（住民税決定）証明書 ※非課税証明書は利用できません。 | 課税（住民税決定）証明書 | 6月中旬以降 |
| | 色麻町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月10日以降 |
| | 加美町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 涌谷町 | 非課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 美里町 | 課税証明書 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| 大崎保健所栗原支所 | 栗原市 | 所得課税証明書 | 所得課税証明書 | 6月中旬以降 |
| 石巻保健所 | 石巻市 | 市民税・県民税非課税証明書 | 市民税・県民税課税証明書 | 6月10日以降 |
| | 東松島市 | 市・県民税非課税証明書 | 市・県民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 女川町 | 課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。 | 課税証明書 | 6月15日以降 |
| 石巻保健所登米支所 | 登米市 | 市・県民税非課税証明書 | 市・県民税課税証明書 | 6月15日以降 |
| 気仙沼保健所 | 気仙沼市 | 市民税・県民税所得・非課税証明書 | 市民税・県民税所得・課税証明書 | 6月15日以降 |
| | 南三陸町 | 課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。 | 課税証明書 | 6月15日以降 |

様式第2号

①患者基礎情報

| | | 受給者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
|--------|-----------------|----------------------|---------------|---|---|---|----|---|---|--|
| 患者 | フリガナ住所 | 〒 989-1243 | | | | | | | | |
| | | イシノマキシアユミノゴチョウメナナパンチ | | | | | | | | |
| | | 石巻市あゆみ野五丁目7番地 | | | | | | | | |
| | アユミノアパート123ゴウシツ | | | | | | | | | |
| フリガナ氏名 | あゆみ野アパート123号室 | | | | | | | | | |
| | ミヤギ タロウ | | | | | | | | | |
| | | 宮城 太郎 | | | | | | | | |
| | | 性別 | 男・女 | | | | | | | |
| | | 電話番号1(日中連絡可能な番号) | 090-1234-5678 | | | | | | | |
| | | 電話番号2(1以外に連絡可能な番号) | 022-123-4567 | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 平 令 | | | | 年齢 | | 0 | |
| | | 5年1月1日 | | | | | | | | |

②受給者証情報の変更について

受給者証を確認しながら、「はい(あり)」か「いいえ(なし)」を「○」で囲んでください。

1 保険証に変更がありますか? → あり・なし

| | | | | |
|------------------|--------|----------|----------|---------------|
| 「あり」の場合は記入してください | 保険者名 | 〇〇健康保険組合 | 保険者番号 | 123456789 |
| | 被保険者氏名 | 宮城 次郎 | 記号・番号・枝番 | 宮12 345678 01 |

2 保険証情報に変更がある場合

更新後の受給者証とは別に、保険証情報を書換えた令和5年9月30日までの受給者証の交付を希望しますか?

はい・いいえ

※お急ぎで現在お手持ちの受給者証への保険情報変更が必要な場合は、会場提出または管轄保健所で保険変更手続きをお願いします。

3 患者が18歳未満の場合のみ記入: 保護者の住所・氏名・電話番号に変更がありますか? → あり・なし

| | | | | |
|------------------|--------|----|-----------------|--|
| 「あり」の場合は記入してください | 住所 | 〒 | | |
| | フリガナ氏名 | 続柄 | 電話番号(日中連絡可能な番号) | |

4 患者住所以外のあて先に受給者証の送付を希望しますか? → はい・いいえ

| | | | | |
|------------------|---------------|-----------|-----------------|--|
| 「はい」の場合は記入してください | 住所 | 〒980-8570 | | |
| | 仙台市青葉区本町3-8-1 | | | |
| フリガナ氏名 | ミヤギ ハナコ | 続柄 | 電話番号(日中連絡可能な番号) | |
| | 宮城 花子 | 母 | 090-9876-5432 | |

③軽減申請の確認

詳しい説明は、13ページから17ページにあります。

※特例や軽減を継続して受けるためには、毎年申請が必要です。

該当する場合、書類を添付してください。

添付書類の内容を審査し、要件に該当する場合は、受給者証に適用されます。

| 軽減申請について | 内容 | 該当する場合○を御記入ください | 保健所使用欄 充足:1 未充足:2 |
|-----------|---|-----------------|---|
| | | 重症患者認定 | 「重症患者認定基準」に該当する場合、「重症患者認定申請書」及び添付書類をあわせて提出してください。 |
| 人工呼吸器等装着者 | 「人工呼吸器等装着者認定基準」に該当する場合、主治医が記載した「人工呼吸器等装着者証明書」をあわせて提出してください。 | | / |
| 高額かつ長期 | この申請書を提出する月を含めて過去12か月以内に、自己負担上限月額管理票の「総医療費」欄の合計が50,001円以上の月が6回ある場合は、該当月のコピーを添付してください。 | | |
| 世帯按分 | 同じ世帯かつ同じ医療保険の指定難病・小児慢性患者がいる場合は、対象患者の受給者証等の写しを添付してください。 | ○ | / |

④通院等をしている医療機関について

1 医療意見書を確認して記入してください。

| | | |
|---------------|-----------------|-------------|
| 医療意見書 について | 医療意見書を作成した医療機関名 | 医療意見書の記載年月日 |
| | 宮城県立こども病院 | 令和5年5月1日 |

⑤各種同意書について

厚生労働大臣への同意欄

本申請書に添付された「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意書」を御確認いただき、同意をされる方は以下に署名をお願いいたします。

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

令和5年7月1日

患者氏名 宮城 太郎

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、
本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。

代理人氏名 宮城 花子

※同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

宮城県知事への同意欄

病院への診断書内容の照会同意
私は、提出した医療意見書等の記載内容に疑義が生じた場合に、宮城県に照会することに同意します。

同意します 同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者(又は保護者)に対して照会しますので、患者(又は保護者)から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

講演会等の情報提供同意
私は、小児慢性特定疾病支給認定申請書に記載した情報(住所、氏名など)について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します 同意しません

同意の有無は医療費助成の承認には影響しません

以下記載不要です

保健所使用欄

意見書区分確認 **ここは保健所で使用する欄です。** 血友病 HCN_o

受給者証と要確認 主疾病 副疾病1 副疾病2 副疾病3

【該当時チェック】

変更区分チェック(該当の場合)

患者住所・氏名
 保護者住所・氏名
 送付先住所・氏名
 保険変更

【提出時確認用】

※以下に新たに該当する場合、定例進達の要否を要確認

世帯按分
 高額かつ長期
 生保切替
 疾病追加
 疾病切替
 人工呼吸器等装着者
 重症切替

疾病に変更ありの場合、理由要確認

申請疾病減
 疾病の追加
 申請疾病変更

按分チェック

| 種類 | 受給者番号 | 氏名 |
|-----|-------|----|
| 難・小 | | |
| 難・小 | | |

添付書類チェック

個人票 世帯調書 保険証写し 住民票 税証明
 年金手当 D同意書 非課税収入申告書 無収入申立書
 マイナンバー本人確認 保険照会同意書 按分受給者証写し
 生保証明 管理票写し

世帯調書

| 氏名(フリガナ) | | 生年月日 | 小児慢性特定医療 受給の有無等 | 指定難病医療受給の 有無等 | 保健所記入欄 | | | |
|----------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---|-----------------|----------|---|
| (フリガナ) ミヤギ タロウ | | | / | ・有 ・無 ・申請中 | 世帯員 区分 | ここは保健所で使用する欄です。 | | |
| 患者本人 | 平成・令和 5年 1月 1日 | | | | | 非課税 | 課税 | |
| 宮城 太郎 | | | | | 合計所得金額 | 円 | 所得割額 | 円 |
| (フリガナ) ミヤギ ジロウ | 明・大・昭・平 | | ・有 | ・有 | 公的年金等収入額 | 円 | 均等割のみ | |
| 保護者 | 宮城 次郎 | 保護者は患者が18歳未満の場合のみ記入してください。 | | | 非課税収入額 | 円 | 課税 | |
| (フリガナ) ミヤギ ハナコ | 明・大・昭・平・令 | | ・有 | ・有 | 所得金額 | 円 | 所得割額 | 円 |
| 宮城 花子 | 2年 5月 1日 | | ・無 | ・無 | 年金収入額 | 円 | 均等割のみ | |
| | | | ・申請中 | ・申請中 | 非課税収入額 | 円 | 課税 | |
| 保険証のコピーを提出する対象の方 全員を記載してください。 | | | ・有 | ・有 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・無 | ・無 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| | | | ・申請中 | ・申請中 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・有 | ・有 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| | | | ・無 | ・無 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・申請中 | ・申請中 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| (フリガナ) | 明・大・昭・平・令 | | ・有 | ・有 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・無 | ・無 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| | | | ・申請中 | ・申請中 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・有 | ・有 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| | | | ・無 | ・無 | 非課税 | | 所得割額 | 円 |
| | | | ・申請中 | ・申請中 | 非課税 | | 均等割のみ | |
| | | | | | 患者(患者が18歳未満の場合は、保護者)の収入額(合計所得金額+公的年金等収入額+非課税収入額) | 円 | 所得割の合計金額 | |
| | | | | | 基準世帯員は○ 基準世帯員以外は× | | 均等割りのみ | |
| | | | | | 階層判定 | A B1 B2 (□B2同意) | C1 C2 | |
| | | | | | A:生保、血友病 B1:800千円以下 B2:800千円超 C1:71千円未満 C2:71千円以上251千円未満 D: | | | |

●保険証のコピーを提出する対象の方全員を記載してください。

基準世帯員は○
基準世帯員以外は×

記載例

この申告書は、(1)、(2)の両方に該当する場合に提出してください。
 (1)「令和5年度の市町村民税額がわかる証明書」を提出した方全ての「市町村民税」が非課税
 (2)患者(患者が18歳未満の場合は、保護者)の税収入(公的年金等収入額+合計所得金額(公的年金にかかる雑所得を除く)[※])の合計が80万円以下

※ 給与所得がある場合の「合計所得金額(公的年金にかかる雑所得を除く)」は、「合計所得金額(公的年金にかかる雑所得を除く)」から「10万円(給与所得の額が10万円未満の場合は、その額)」を差し引いた額となります。

様式第21号

非課税収入申告書

令和 5 年 7 月 1 日

宮城県知事 殿

住所 石巻市あゆみ野五丁目7番地
 氏名 宮城 次郎

小児慢性特定疾病の特定医療費自己負担上限月額額の算定にあたり、低所得区分に係る非課税収入は、次のとおり相違ありません。

- 受給者が18歳以上の場合は、本人の非課税収入
 受給者が18歳未満の場合は、保護者(申請者)の非課税収入

厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入(受けているものを○で囲んでください。)

| | | | | |
|------------------------|-------------------------|----------|-----|---|
| いずれかを○ 有 | ① 障害基礎年金 | ② 遺族基礎年金 | 収入額 | 令和4年1月~12月分 年額 <u>1,000,000</u> 円 |
| | ③ 寡婦年金 | ④ 障害年金 | | |
| | ⑤ 障害厚生年金 | ⑥ 障害手当金 | | |
| | ⑦ 遺族厚生年金 | ⑧ 障害一時金 | | |
| | ⑨ 障害共済年金 | ⑩ 遺族共済年金 | | |
| | ⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの | | | |
| | ⑫ 特別障害給付金 | | | |
| | ⑬ 労災による障害補償給付・障害給付 | | | |
| | ⑭ 公災による障害補償給付等 | | | |
| | ⑮ 特別児童扶養手当 | | | |
| 無 | ⑰ 特別障害者手当 | ⑱ 福祉手当 | | |

・ 上記で○を付けた収入の証拠となる公的機関発行書類(写)を添付してください。

【注意】公的機関発行書類(写)を紛失した場合は、支給元の各機関に御相談ください。

低所得Ⅱ(階層区分B2)認定同意欄



私は、市町村民税の非課税世帯ですが、自己負担限度額を判断するための公的機関発行の証拠書類の全部または一部を提出しませんので、左のチェック欄への記入をもって、自己負担限度額が「低所得Ⅱ(階層区分B2)基準額:2,500円」と認定されることに同意します。

公的機関の証拠書類のコピーの全部または一部を添付しない場合は、必ずチェック欄にチェックを入れてください。