小児慢性特定疾病医療費支給認定
（新規・更新）手続きのご案内

申請いただいてから給者証がお手元に届くまで1～2か月程度を要します。

更新の方は、受給者証に記載された有効期間内に新しい受給者証が届くよう、余裕をもって手続きを行ってください。申請書類の不備や医療意見書の内容に確認を要する場合等は、さらに日数がかかります。

18歳以降は、有効期間終了日後の更新申請はできません。現在お持ちの受給者証の有効期間終了日までに必ず行ってください。

＜目次＞

1　手続きに必要な書類一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1・2ページ
2　各種必要書類について、「長期入院」の申出について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3～11ページ
3　必要書類提出先・お問い合わせ先について・・・・・・・12ページ

1　手続きに必要な書類一覧

★各種書類の記載方法等、詳しくは該当ページをご確認ください。

（1）全員が必ず提出（提示）する書類

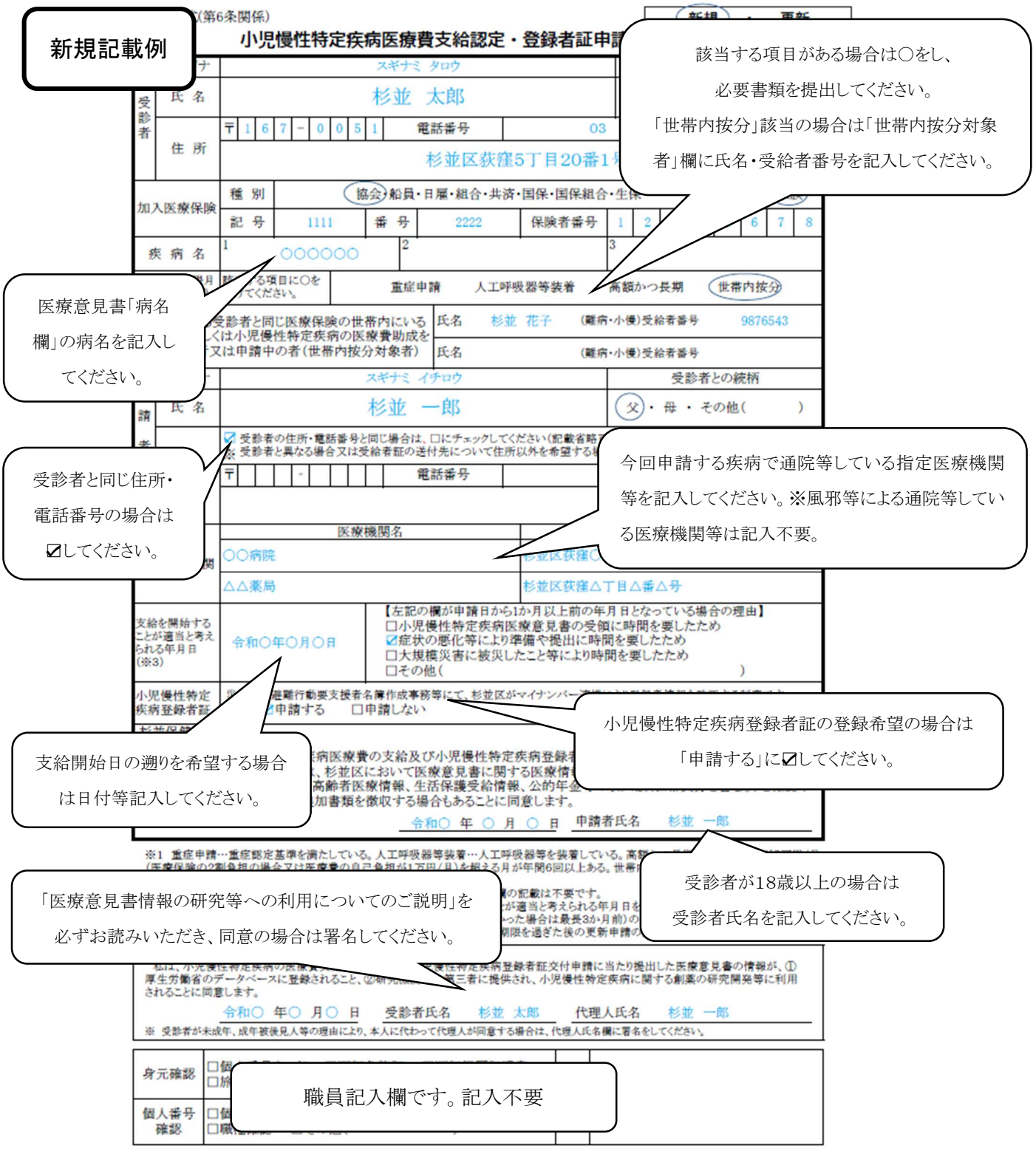
申請前に☑してください。	書類名	該当ページ
□	**①小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書兼同意書/小児慢性特定疾病医療費支給認定（更新）・登録者証申請書兼同意書**	3・4ページ
□	**②小児慢性特定疾病医療意見書**	5ページ
□	**③公的年金等の収入等に係る申出書**	5ページ
□	**④世帯調書** ※同じ保険に加入している方全員の記載が必要	5・6ページ
□	**⑤マイナンバーが確認できる書類の提示（写し可）** ※世帯調書に記載のあるマイナンバーの確認に使用します。	7ページ
□	**⑥窓口に来られる方の本人確認ができる書類**	7ページ

（2）該当する方のみ提出する書類

申請前に☑してください。	書類名	該当ページ
□	**⑦加入している医療保険の資格情報確認書類等の写し/生活保護受給状況確認書類等の写し**	7ページ
□	**⑧委任状** ※申請者ではない方が窓口に来られる場合は必要です。	8ページ
□	**⑨「高額かつ長期」認定関連書類（認定基準を満たす場合のみ）** □⑩重症患者認定申告書 □自己負担上限額管理票の写しまたは療養証明書等	8ページ
□	**⑩重症患者認定申告書（認定基準を満たす場合のみ）** □②医療意見書、身体障害者手帳または障害年金証書の写し	8・9ページ
□	**⑪人工呼吸器等装着者証明書（認定基準を満たす場合のみ）**	9ページ
□	**⑫世帯内按分認定関連書類（認定基準を満たす場合のみ）** □指定難病認定患者の受給者証の写し □指定難病認定患者の医療保険の資格情報確認書類等の写し	9ページ
□	**⑬区市町村民税課税（非課税）証明書**	10ページ
□	**⑭特定疾病療養受療証（マル長）の写し**	10ページ
□	**⑮マル児受診券の写し**	10ページ

2 各種必要書類について

① 小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書兼同意書/小児慢性特定疾病医療費支給認定(更新)・登録者証申請書兼同意書



更新記載例

小児慢性特定疾病医療費支給認定（更新）・登録者証申請書兼同意書

受診者	フリガナ	スギナミ　タロウ		生　年　月　日
	氏　名	杉並　太郎		令和2年8月1日生
	住　所	〒１６７－００５１	電話番号	０３－１１１１－２２２２
		日本ビル１１１号		
		国保		本人
		1111111	保険者番号	27138
		悪性骨巨細胞腫, 悪性黒色腫		

該当する項目がある場合は○をし、
必要書類を提出してください。
「世帯内按分」該当の場合は「世帯内按分対象者」欄に氏名・受給者番号を記入してください。

医療意見書「病名欄」の病名を記入してください。

自己負担上限月額に関する特例（※1）	該当する場合、当該項目に○をつけてください。	重症申請　・　人工呼吸器等装着　・　高額かつ長期　・　世帯内按分
今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者（世帯内按分対象者）		氏名　杉並　花子　（難病・小慢）受給者番号　９８７６５４３ 氏名　（難病・小慢）受給者番号

申請者	フリガナ	受診者が１８歳以上の場合、受診者本人が申請者となるので、以下の申請者欄の記載が不要です。		
		スギナミ　イチロウ		続　柄
	氏　名	杉並　一郎		父
	住所	〒１６７－００５１	電話番号	000-0000-0000
		杉並区荻窪１丁目１番１号　日本ビル１１１号		

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※２）	年　　となっている理由】 …い場合は記載不要） …要したため …に時間を要したため …類の提出に時間を要したため □その他（　　）
小児慢性特定疾病登録者証	災害時の避難行動要支援者名簿作成事務等にて、杉並区がマイナンバー連携により登録者情報を確認する制度です。　☑申請する　□申請しない

小児慢性特定疾病登録者証の登録希望の場合は「申請する」に☑してください。

杉並保健所長　あて

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給及び小児慢性特定疾病登録者証の交付につ…
また、この申請に必要な場合は、杉並区において医療意見書に関する医療情報、住民記録…料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世…と、必要に応じて申請後に追加書類を徴収する場合もあることに同意します。

○年　○月　○日　　申請者氏名　杉並　一郎

受診者が18歳以上の場合は受診者氏名を記入してください。

印刷内容に変更があった場合は上の欄の変更箇所を訂正してください。

※１ ○重症申請…重症認定基準を満たしている　○人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している　○高額かつ長期…医療費総額が５万円/月（医療保険の２割負担の場合、医療費の自己負担が１万円/月）を超える月が年間６回以上ある　○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病または難病の認定受給者がいる

※２ 医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。支給開始日は、診断年月日または申請日から１カ月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長３カ月前）の日のいずれか遅い日に遡って申請することが可能です。更新の場合は、原則記入不要ですが、受給者証の有効期限を過ぎた後の更新申請の際は記入してください。

◎裏面も必ずご確認ください。

（裏面）

「医療意見書情報の研究等への利用についてのご説明」を必ずお読みいただき、同意の場合は署名してください。

厚生労働大臣　あて

私は、小児慢性特定疾病の医療費支給認定申請又は小児慢性特定疾病登録者証交付申請に当たり提出した…報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾…創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

○　年　○月　○日　　受診者氏名　杉並　太郎

※受診者が未成年、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、代理人氏名欄に署名をしてください。　　代理人氏名　杉並　一郎

② 小児慢性特定疾病医療意見書

・医療意見書の有効期間は、申請日から起算して3か月以内に記載されたものに限ります。
・医療意見書は、小児慢性特定疾病指定医が国の定めた様式で作成します。
・指定医以外の医師が記載した意見書は無効です（指定医であることを医療機関に確認してください）。
・疾病を変更または追加する場合は「②小児慢性特定疾病医療意見書〈新規申請用〉」が必要です。
・人工呼吸器等装着者認定を申請される方は、「⑩人工呼吸器等装着者証明書」も併せて医療機関に依頼してください。

③ 公的年金等の収入等に係る申出書

・階層区分の算定のため、被保険者の収入等について、該当する項目を☑してください。
・住民税非課税で申出書に示す各収入がある（申出書の「2」に☑した）場合は、その収入金額を証明する書類も添付してください。なお、各収入を合計して82.65万円超であることが明らかな場合は、申出書の「3」に☑し、収入金額を証明する書類の添付を省略することができます。

④ 世帯調書

小児慢性特定疾病医療費助成制度では、同じ医療保険に加入している方を同じ世帯とみなします。
次ページの記載例のとおり、同じ被保険者の保険証を使っている全員を記載し、次表の対象者についてはマイナンバーも記載してください。

医療保険の種類	マイナンバーの記載が必要な対象者			
	申請者	受診者	被保険者	その他世帯員
被用者保険（協会・共済等）	○	○	○	×
国民健康保険・国民健康保険組合	○	○	―	○（世帯員全員）
生活保護	○	○	―	×

※申請者が被保険者でない場合（被保険者である父が単身赴任中で母が申請者である場合等）は、被保険者のマイナンバーも記載してください。
※18 歳成年患者の場合は、申請者と受診者は同一人となります。

記載例
（受診者が父の被用者保険の扶養の場合）

帯調書

記入ください。

世帯員氏名		受診者との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地（※1）
受診者	（受診者氏名）杉並　太郎 （個人番号）（※2）1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	本人	令和〇年〇月〇日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村
申請者	（氏名）杉並　一郎 （個人番号）9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	父	令和〇年〇月〇日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村
1			令和　年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村
			年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村
4	（個人番号）		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村
	（氏名）			・現住所と同じ。

個人番号については、下部「個人番号の記載の注意点について」をご確認いただき、対象者の個人番号を記載してください。

住民税の課税地が現住所と違う場合は、「都道府県・区市町村名」を記載してください。

申請者が受診者と異なる医療保険に加入している場合は、こちらの欄に記載してください。
例：受診者は父の医療保険の扶養だが、別の医療保険に加入している母が申請者となる場合　等

※　申請者が　保険に加入している場合は、下の欄に記入してください。

申請者	（氏名） （個人番号）		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県 区・市 町・村

※1・・・1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月までに申請する場合は申請する年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

※2・・・行政手　定される個人番号

個人番号の記載の注意点について

個人番号を記載する対象者は、受診者の属する医療保険に応じて以下のとおりとなります。

1　被用者保険の場合

申請者及び受診者の個人番号を記載してください。ただし、申請者が被保険者でない場合、被保険者の個人番号も併せて記載してください。

2　国民健康保険・国民健康保険組合の場合

申請者及び受診者を含む、世帯員すべての方の個人番号を記載してください。

⑤ マイナンバーが確認できる書類（写し可）

世帯調書に記載したマイナンバーは、以下のカードや書類で確認しますので、申請時に提示してください。

・対象者のマイナンバーカード（個人番号カード）

・対象者の通知カード（改正や転居等により変更がある場合は不可）

・対象者のマイナンバーが記載された住民票又は住民票記載事項証明書

※通知カード廃止以降代わりに発行される「個人番号通知書」は、確認書類として使用できません。

⑥ 窓口に来られる方の本人確認ができる書類

顔写真付きの本人確認書類1点または顔写真付きでない本人確認書類2点のいずれかが必要です。

＜1点で本人確認を行うもの＞

マイナンバーカード（個人番号カード）、運転免許証、運転経歴証明書、旅券、在留カード　など

＜2点で本人確認を行うもの＞

小児慢性や指定難病の医療受給者証、年金手帳、住民票の写し　など

【該当する方のみ提出する書類】

⑦ 加入している医療保険の資格情報確認書類等の写し/生活保護受給状況確認書類等の写し

申請書類にマイナンバーの記載がない場合は提出が必要となります。また、マイナンバーを利用した情報連携により医療保険情報を確認できない場合にも提出をお願いする場合があります。

「加入している医療保険の資格情報確認書類等の写し」とは、資格確認書、資格情報のお知らせ及びマイナポータルから保険情報を印字したもの等を指します。情報としては保険者番号、記号・番号、氏名、被保険者名が確認できることが必要です。

以下の表を確認いただき、必要な方の分を提出してください。

医療保険の種類	提出が必要な方			
	申請者	受診者	被保険者	その他世帯員
被用者保険（協会・共済等）	－	○	△※	×
国民健康保険・国民健康保険組合	－	○	○	○
生活保護	発行から3か月以内の生活保護受給証明書			

※受診者の医療保険の資格情報確認書類等の写しで被保険者名が確認できる場合は被保険者の分は不要です。

⑧ 委任状（窓口への提出者が申請者と異なる場合）

申請者ではない方が窓口で手続きする場合に提出してください。

委任者	申請者
受任者（代理人）	実際に窓口で申請書類を提出する方

申請者が父、提出者が母の場合・・・・・・委任者：父、受任者：母

申請者が18歳以上の患者本人、提出者が母の場合・・・・・・委任者：患者本人、受任者：母

⑨ 「高額かつ長期」認定関連書類

「高額かつ長期」の制度とは、費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として認定された場合、自己負担上限月額が軽減される制度です。

＜認定要件＞

申請月を含む過去12か月（※）以内に月の医療費総額（10割）が50，000円を超えた月が年間6か月以上あること。 ※支給認定を受けた小児慢性特定疾病に関する医療費に限ります。

（※）令和8年11月に申請する場合・・・令和7年12月～令和8年11月

上記＜認定要件＞を満たす方で申請を希望される場合、以下（1）～（3）が必要です。

（1）**「①申請書兼同意書」**の該当欄に○をつけてください。

（2）**「⑩重症患者認定申告書」**の①高額かつ長期の添付書類の種類に○をつけてください。

（3）**自己負担上限額管理票の写し、療養証明書、診療報酬明細書・領収書等の写し等いずれか**

※領収書等は、診療点数等により医療費総額が確認できるものに限ります。また、提出した書類はお返しできませんので、領収書等は必ず写しを提出してください。

⑩ 重症患者認定申告書

重症患者とは、患者が以下＜認定基準＞に該当する場合、住民税が非課税でなければ医療費の自己負担上限月額が軽減されるものです。

＜認定基準＞

重症患者Ⅰ （重症患者認定申告書②重症度の（1）該当者）	眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能のいずれかの部位で、身体障害者手帳1級・2級に認定、または障害年金1級を受給している。 （心臓など内部障害は対象外）
重症患者Ⅱ （重症患者認定申告書②重症度の（2）該当者）	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に該当する。

上記＜認定基準＞を満たす方で申請を希望される場合、以下（1）～（3）が必要です。

（1）**「①申請書兼同意書」**の該当欄に○をつけてください。

（2）**「⑩重症患者認定申告書」**の該当認定基準に○をつけて提出してください。

（3） **重症患者Ⅰ･･･身体障害者手帳**（氏名、対象部位が分かる箇所）または**障害年金証書の写し**

※身体障害者手帳1・2級に認定されている、または障害年金1級を受給している方

重症患者Ⅱ･･･「②小児慢性特定疾病医療意見書」（重症患者認定基準に「該当する」と記載されたもの）

⑪ 人工呼吸器等装着者証明書

小児慢性特定疾病の認定疾病により人工呼吸器又は補助人工心臓(体外式・埋め込み式)を常時装着している方は、自己負担上限月額の特例（上限月額500円）が適用されます。

＜認定基準＞

【全般】

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の状態であること。

【人工呼吸器】 以下の全てを満たすこと

① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること

② 常時（ほぼ24時間）装着していること

③ 現に装置を稼働させ人工呼吸を施行していること

④ 離脱の見込みがないこと

【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

① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること

② 現に装置を稼働させ循環の維持をしていること

③ 離脱の見込みがないこと

上記＜認定基準＞を満たす方で申請を希望される場合、以下（1）（2）が必要です。

（1） **「①申請書兼同意書」**の該当欄に○をつけてください。

（2） 医師が記載した**「人工呼吸器等装着者証明書」**（発行から3か月以内）

⑫ 世帯内按分認定関連書類

同じ世帯において、複数の指定難病または小児慢性特定疾病医療費の助成を受けている方がいる場合、自己負担上限月額が世帯単位で按分され、自己負担上限月額が軽減されます。

例：同一世帯に難病の認定者がおり、自己負担上限月額が難病3万円、小児慢性1万円の場合

⇒難病の自己負担上限月額（3万円）が世帯の自己負担上限月額となります。それぞれの自己負担上限月額は以下のとおりです。

・難病の自己負担上限月額　　3万円×（3万円÷（3万円＋1万円））＝2万2，500円

・小児慢性の自己負担上限月額　3万円×（1万円÷（3万円＋1万円））＝　7，500円

該当する方で申請を希望される場合、下記（1）～（3）が必要です。

（1） **「①申請書兼同意書」**の該当欄に○をつけ、氏名・受給者番号を記入してください。

（2） 按分対象となる指定難病患者の医療受給者証の写し（小児慢性特定疾病は不要）。

（3） 按分対象となる指定難病患者の医療保険の資格情報確認書類等の写し（小児慢性特定疾病は不要）。

⑬ 区市町村民税課税（非課税）証明書

杉並区において区市町村民税情報の確認を行うため、申請時に「区市町村民税課税（非課税）証明書」の提出は原則不要です。

※**申請書の同意欄に同意いただけない場合や区外に税情報がある方で申請書類にマイナンバーの記載がない場合は「区市町村民税課税（非課税）証明書」の提出が必要となります。**また、**区外に税情報がある方でマイナンバーを利用した情報連携により区市町村民税情報を確認できない場合にも提出をお願いする場合があります**のでご留意ください。

以下の表を確認いただき、必要な方の分を提出してください。

※収入及び所得額、所得割額が記載されているものに限ります。

加入保険	書類
被用者保険（協会・共済等）	**被保険者**の区市町村民税課税（非課税）証明書
国民健康保険・国民健康保険組合	**世帯全員**の区市町村民税課税（非課税）証明書 （扶養であることが確認できる方の証明書は、原則として省略可）
生活保護受給者	生活保護受給証明書（写し可） ※被用者保険加入の場合は区市町村民税課税（非課税）証明書

申請月によって必要な課税（非課税）証明書の年度が異なります。以下の表をご確認ください。

申請月	必要な書類
1月～6月まで	前年度区市町村民税課税（非課税）証明書
7月～12月まで	今年度区市町村民税課税（非課税）証明書

⑭ 特定疾病療養受療証（マル長）の写し

血友病等の方は、「特定疾病療養受療証（マル長）」が同時に適用となりますので、その写しをご提出ください。なお、マル長の申請がまだの場合は、保険者（健康保険組合等）に申請手続を必ず行ってください。

⑮ マル児受診券の写し

申請者が里親や児童養護施設長の場合は、児童相談所が交付する受診券（マル児受診券）の写しを添付してください。

【「長期入院」の申出について】

「長期入院」（申請日以前の1年以内に通算して90日を超えた入院）をされている（されていた）方は、保険者への申請により入院時の食費が減額される場合があります。

① 会社の健康保険などの被用者保険（健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合、船員保険、日雇保険等）に加入している ② 区市町村民税非課税世帯

上記①、②のいずれにも該当する場合、小児慢性特定疾病医療費助成の支給認定申請（新規・変更・更新）時に、「長期入院」の旨を申し出ることができます。希望する場合は、各保健センター窓口にてその旨をお伝えください。杉並区から保険者に「長期入院」の旨を連絡いたします。

なお、入院時の食費が減額となる対象者や具体的な申請方法等については、加入している医療保険の保険者にお問合せください。

3 必要書類提出先・お問い合わせ先について

お住いの地域の管轄センターにお問い合わせ・提出してください。

保健センター名	所在地	管轄地域	電話番号
荻窪保健センター	〒167-0051 東京都杉並区荻窪 5 丁目 20 番 1 号	**井草**1・2丁目、**下井草**1丁目5～11番、18～32番、2・3丁目、**桃井**1・2丁目、**西荻北**1・2丁目、3丁目1～11番、15～23番、28～34番、39～45番、5丁目1番、7～11番、**上荻**1～3丁目、4丁目1～19番、**本天沼**1丁目2～26番、2・3丁目、**西荻南**3．4丁目、**清水**、**天沼**、**成田東**、**成田西**、**荻窪**、**南荻窪**	03-3391-0015
高井戸保健センター	〒168-0072 東京都杉並区高井戸東 3 丁目 20 番 3 号	**永福**1丁目4～7番、15～27番、36～40番、43・44番、2～4丁目、**西荻南**1・2丁目、**上高井戸**、**久我山**、**下高井戸**、**松庵**、**高井戸西**、**高井戸東**、**浜田山**、**宮前**	03-3334-4304
高円寺保健センター	〒166-0003 東京都杉並区高円寺南 3 丁目 24 番 15 号	**下井草**1丁目1～4番、12～17番、**堀ノ内**3丁目、**本天沼**1丁目1番、27・28番、**阿佐谷北**、**阿佐谷南**、**梅里**、**高円寺北**、**高円寺南**、**松ノ木**、**和田**	03-3311-0116
上井草保健センター	〒167-0023 東京都杉並区上井草 3 丁目 8 番 19 号	**井草**3～5丁目、**上荻**4丁目20～30番、**下井草**4・5丁目、**西荻北**3丁目12～14番、24～27番、35～38番、4丁目、5丁目2～6番、12～26番、**桃井**3・4丁目、**今川**、**上井草**、**善福寺**	03-3394-1212
和泉保健センター	〒168-0063 東京都杉並区和泉 4 丁目 50 番 6 号	**永福**1丁目1～3番、8～14番、28番～35番、41・42番、**堀ノ内**1・2丁目、**和泉**、**大宮**、**方南**	03-3313-9331

【発行】
杉並保健所保健サービス課
小児慢性特定疾病医療等支援担当
電話:03－3391－0015