

小児慢性特定疾病医療費助成について

小児慢性特定疾病に罹患している児童等に対し、医療費の負担軽減を図るため、指定医療機関で治療を受けた場合の医療費の一部を助成します。

対象者

小児慢性特定疾病に罹患し、厚生労働大臣が定める疾病の程度である18歳未満の児童等（ただし、18歳到達時点において医療費助成の対象になっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満まで対象となります。）

※対象となる疾病は16疾患群801疾病（令和7年4月1日現在）です。詳細は「小児慢性特定疾病情報センター」のウェブサイトをご覧ください。（URL：<https://www.shouman.jp/>）

手続きの流れ

- ① 指定医療機関にて受診する。
- ② 診断後、指定医に医療意見書を作成していただく。
- ③ ②で作成いただいた医療意見書の他、必要書類を添えて、窓口へ申請する。
（必要書類については、「申請に必要な書類等」をご確認ください。）
- ④ 月に1回開催される小児慢性特定疾病審査会において認定の可否が判断される。
- ⑤ 認定された場合、「小児慢性特定疾病医療受給者証」が交付される。



認定期間

原則申請より1年以内（翌9月30日まで）

継続を希望される場合は、年1回更新の手続きが必要です。

更新については、毎年6月下旬頃対象者の方へお知らせします。

医療費負担・自己負担金について

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けた場合、指定医療機関での医療費の患者負担割合は一律2割となります。

さらに、児童が加入している医療保険の被保険者等の市町村民税所得割額等に応じて、自己負担額に上限額が設定されます。1か月あたりの自己負担上限額は以下の表のとおりです。

助成を受けるため、医療機関を受診する際は受給者証を窓口には必ず提示してください。

上限額を超えて医療費を支払うことがないように、上限額管理票（認定者には受給者証と一緒に送ります。）を毎回医療機関の窓口にて記入してもらってください。

なお、「こども医療」の該当者については、自己負担上限額までの分は「こども医療」で助成されます。

(単位：円)

階層区分		階層区分の基準		自己負担上限月額		
				一般	重症※	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等		0	0	0	
II	低所得 I	市町村民税 非課税（世帯）	年収 80万円以下	1,250	1,250	500
III	低所得 II		年収 80万円超	2,500	2,500	
IV	一般所得 I	市町村民税 課税以上 7.1万円未満		5,000	2,500	
V	一般所得 II	市町村民税 7.1万円以上 25.1万円未満		10,000	5,000	
VI	上位所得	市町村民税 25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食費				1/2 を自己負担		

※「重症」とは、①重症患者認定基準に当てはまる者、②高額な医療が長期的に継続する者（医療費総額が5万円を越える月が年間6月以上ある）のいずれかに該当する場合

※血友病等の方はこの表の区分に関わらず、自己負担額はありません。

※階層区分II、IIIの「年収」とは、支給認定保護者の①地方税法上の合計所得金額（公的年金に係る雑所得を除く）②公的年金の収入金額 ③特別児童扶養手当等の金額 の合計額を指します。

申請窓口・問合せ先

郡山市こども家庭課 母子保健係

〒963-8025 郡山市桑野一丁目2番3号

郡山市こども総合支援センター（ニコニコこども館）3階

電話 024-924-3691

申請に必要な書類等

必ず必要な書類と、該当者のみ提出が必要な書類があります。

✓	必要な書類													
	郡山市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（表・裏）（※1）	<ul style="list-style-type: none"> 複数の医療機関を利用する場合は、「医療機関」欄に希望する医療機関を全て記載してください。院外薬局をご利用の方は、薬局名も忘れずに記載してください。 												
	小児慢性特定疾病 医療意見書（※2）	<ul style="list-style-type: none"> 指定医に記入を依頼してください。（様式は小児慢性特定疾病情報センターのウェブサイトからダウンロードして作成いただくよう病院へ依頼してください。） 同一疾病で複数の医療機関を受診している場合は、主な医療機関で作成してもらってください。 複数の疾病で認定を受ける場合は、それぞれに1部ずつ必要です。 												
	医療意見書の研究利用についての同意書（※1）	<ul style="list-style-type: none"> 医療意見書データを小児慢性特定疾病等の研究に利用するための同意書です。（必須ではありません。） 提出は任意ですが、ご協力をお願いします。 												
	医療保険についての同意書（※1）	<ul style="list-style-type: none"> 加入医療保険の保険者へ、高額療養費の所得区分の確認を行うための同意書です。 生活保護受給者で医療保険未加入の方は、不要です。 												
	税情報についての同意書（※1）	<ul style="list-style-type: none"> 自己負担上限額の算定のため、保護者の市町村民税の課税状況の確認を行うための同意書です。 同意をいただけない場合は、保護者の「所得課税証明書」を提出してください。 なお、血友病等の方及び生活保護受給者で医療保険未加入の方は不要です。 												
	健康保険等の加入資格が確認できるもの	<ul style="list-style-type: none"> 加入医療保険（保険証）の種別によって、必要な対象者が異なります。 以下の表より確認してください。 <table border="1" data-bbox="719 1574 1461 2085"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="719 1574 1209 1624">保険証の種別</th> <th data-bbox="1209 1574 1461 1624">対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="719 1624 1209 1762">国民健康保険 （郡山市国保、退職国保、国民健康保険組合 等）</td> <td data-bbox="1209 1624 1461 1762">患者様と同じ国保に加入している世帯全員分</td> </tr> <tr> <td data-bbox="719 1762 967 1856">被用者保険 （全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等）</td> <td data-bbox="967 1762 1209 1856">患者様が家族（被扶養者）の場合</td> <td data-bbox="1209 1762 1461 1856">患者様 及び 被保険者分</td> </tr> <tr> <td data-bbox="719 1856 967 2085"></td> <td data-bbox="967 1856 1209 2085">患者様が被保険者本人（患者様ご自身が就労され、その勤務先で保険に加入）の場合</td> <td data-bbox="1209 1856 1461 2085">患者様本人のみ</td> </tr> </tbody> </table>	保険証の種別		対象者	国民健康保険 （郡山市国保、退職国保、国民健康保険組合 等）		患者様と同じ国保に加入している世帯全員分	被用者保険 （全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等）	患者様が家族（被扶養者）の場合	患者様 及び 被保険者分		患者様が被保険者本人（患者様ご自身が就労され、その勤務先で保険に加入）の場合	患者様本人のみ
保険証の種別		対象者												
国民健康保険 （郡山市国保、退職国保、国民健康保険組合 等）		患者様と同じ国保に加入している世帯全員分												
被用者保険 （全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合 等）	患者様が家族（被扶養者）の場合	患者様 及び 被保険者分												
	患者様が被保険者本人（患者様ご自身が就労され、その勤務先で保険に加入）の場合	患者様本人のみ												

申請者の個人番号(マイナンバー)を証明できるもの	・個人番号カード、通知カード、個人番号の記載された住民票の写し等
窓口へいらっしゃる方の本人確認書類	・運転免許証やパスポート等の身分証明書

✓ 該当者のみ提出いただく書類	
療育指導連絡票(※1)	・主治医が必要と判断された場合は、提出してください。
人工呼吸器等装着者証明書(※1)	・医療意見書の「人工呼吸器等装着者認定基準に該当」欄に「する」と記載のある方が必要になります。 ・証明書の記入を指定医に依頼してください。
重症患者認定申告書(※1)	・医療意見書の「重症患者認定基準に該当」欄に「する」と記載のある方が必要になります。 ・また、その疾病を起因とした身体障害者手帳をお持ちの方、または障害年金を受給している方は、「身体障害者手帳」のコピーまたは「障害年金証書」のコピーを提出してください。
特定疾病療養受療証のコピー	・血友病、人工透析治療が必要な慢性腎不全、血液凝固因子製剤によるH I V感染症に罹患している方で、保険者から交付を受けている方は、提出してください。
小児慢性特定疾病医療受給者証・指定難病医療受給者証のコピー	・加入医療保険が同じ世帯員で、患者様の他に小児慢性特定疾病医療費または指定難病医療費の受給者がいる場合
遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当等の受給状況のわかるもののコピー	・加入医療保険が同じ世帯員全員が市町村民税非課税であり、下記を受給している場合 遺族年金 障害年金 寡婦年金 障害一時金 特別障害給付金 特別児童扶養手当 特別障害者手当 障害児福祉手当等
生活保護受給証明書	・生活保護を受給している場合
住民票（世帯全員のもの）	・患者様本人又は申請者の住所が郡山市外の場合

※1 郡山市のウェブサイト(小児慢性特定疾病医療費の助成について)
(<https://www.city.koriyama.lg.jp/site/kosodate/1360.html>)から様式をダウンロードできます。

※2 「小児慢性特定疾病情報センター」のウェブサイト (<https://www.shouman.jp/>)から様式をダウンロードできます。