

## 千葉市小児慢性特定疾病医療支援実施要綱

### (目的)

第1条 児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第19条の3第3項の規定に基づき、小児慢性特定疾病医療支援に係る医療費の一部を助成する等により、それらの児童等の健全な育成を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 本実施要綱において「小児慢性特定疾病医療支援」とは、法第6条の2第3項に規定する医療をいう。

### (対象者)

第3条 この事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 保護者が本市に住所を有する児童（以下、「小児慢性特定疾病児童」という。）または本市に住所を有する児童以外の20歳に満たない者（以下、「成年患者」という。）（当該成年患者の保護者であった者が当該成年患者が18歳到達時点においてこの事業による医療の給付を受けており、かつ、18歳到達後も引き続き当該疾患の治療が必要と認められる場合）
- (2) 医療保険各法（健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第28号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）及び国民健康保険法（昭和33年法律第192号）をいう。以下同じ。）の規定による被保険者若しくは被扶養者又は生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護者あるいは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給者。
- (3) 「児童福祉法第6条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第3項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度」（平成26年厚生労働省告示第475号。以下「基準告示」という。）により厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病にかかっている者であって、当該疾病の状態が当該疾病ごとに基準告示に定める程度であるもの。

### (実施医療機関)

第4条 この事業による医療の給付は、法第6条の2第2項第1号に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関（以下「指定医療機関」という。）において行うものとする。

（小児慢性特定疾病医療支援の範囲）

第5条 小児慢性特定疾病医療支援は、小児慢性特定疾病及び当該小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療とする。

2 前項に定める医療の範囲は次の各号のとおりとする。

- （1）診察
  - （2）薬剤又は治療材料の支給
  - （3）医学的処置、手術及びその他の治療
  - （4）居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
  - （5）病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
  - （6）移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）
- （支給認定の申請）

第6条 小児慢性特定疾病児童の保護者又は成年患者（以下、「申請者」という。）は、千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請（届出）書千葉市ぜんそく等小児指定疾病医療費助成認定証交付申請（届出）書（様式第1号。以下「交付申請（届出）書」という。）に、別表1「指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額」に定める書類を添付のうえ、市長に申請するものとする。ただし、交付申請（届出）書により所得の状況等の調査、確認に同意し、証明すべき事実を確認することができる場合は、当該書類を省略させることができる。

2 重症患者（児童福祉法施行令（以下「令」という。）第22条第1項第2号口に規定する高額治療継続者の認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援（支給認定を受けた月以後のものに限る。）につき医療費総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月数が6回以上ある当該支給認定に係る対象者又は別表2「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に適合した同号口に規定する療養負担過重患者の認定に係る対象者をいう。）区分の認定を受けようとする者は、重症患者認定申告書（様式第2号）にそれぞれ別表1に定める書類を添付のうえ、市長に申請するものとする。

なお、高額治療継続者の認定のための医療費総額は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けていない期間の医療費については勘定しないものとする。

- 3 人工呼吸器等装着者（人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とするものとして、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等をいう。）の認定を受けようとする者は、医師が診断書欄に記載した人工呼吸器等装着者証明書（様式第3号）により市長に申請するものとする。
- 4 支給期間の満了後も引き続き給付を受けようとする者は、別表1に定める書類を添付のうえ、当該期間の満了する日までに市長に提出するものとする。ただし、交付申請（届出）書により所得の状況等の調査、確認に同意し、証明すべき事実を千葉市が確認することができる場合は、当該書類を省略させることができる。
- 5 成長ホルモン治療を行う場合は、「成長ホルモン治療用意見書」が必要であり、『「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第三項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度（平成26年厚生労働省告示第475号）」について』の備考に定める基準を満たすものを対象とする。

（支給認定の決定）

第7条 市長は、申請者からの支給認定の申請を受理したときは、書類による審査を行う。

- 2 前項の審査において、第3条の各号のいずれにも該当するときは、当該申請者に対して、支給認定し、千葉市小児慢性特定疾病医療受給者証（様式第4号。以下「受給者証」という。）を、交付するものとする。
- 3 受給者証の交付は対象者につき1枚とする。
- 4 第3条第3項の基準に該当しない場合およびその他認定にあたり医学の専門家等からの意見聴取が必要な場合は、千葉市小児慢性特定疾病審査会（以下「審査会」という。）に諮る。
- 5 前項の審査会の意見をうけ、支給認定の基準に該当する場合は第2項の規定により受給者証を交付する。基準に該当しない場合は、千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請却下通知書（様式第5号）を当該申請者に交付するものとする。

6 重症患者等区分（高額治療継続者を除く）の認定の申請がある場合には、当該申請に係る対象者が申請のあった区分に該当するか審査するものとし、必要に応じて審査会に意見を求め、当該申請に係る対象者の病状を総合的に勘案の上、認定するものとする。

なお、該当しない場合は、重症患者等却下通知書（様式第6号）を当該申請者に交付するものとする。

7 市長は、成長ホルモン治療を必要とすると認められた申請者について、小児慢性特定疾病医療費を支給する旨の認定をし、成長ホルモン治療の有無を記載した受給者証を医療費支給認定保護者又は医療費支給認定患者（以下、「受給者」という。）に交付するものとする。

また、支給認定をしないこととするときは、あらかじめ、審査会に審査を求めなければならないものとする。支給認定をしないことと判断した場合には、成長ホルモン治療却下通知書（様式第7号）を当該申請者に交付するものとする。

（支給認定の有効期間）

第8条 支給認定の有効期間は、原則として第6条第1項の交付申請（届出）書を受理した日（以下この項において「受理日」という。）から最初に到来する9月30日までとする。ただし、受理日が、6月1日から9月30日までの間にある場合は、原則として受理日から2度目に到来する9月30日までとする。

2 重症患者等区分の認定の有効期間については、前項と同じとする。

ただし、高額治療継続者の自己負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものであるため、当該有効期間が終了した後引き続き高額治療継続者の認定を受けようとする場合には、受給者証の更新にあわせて高額治療継続者の認定に係る申請を行う必要がある。

（小児慢性特定疾病医療費の支給）

第9条 対象者が指定医療機関から小児慢性特定疾病医療支援を受けたときは、市長は、受給者が当該指定医療機関に支払うべき当該小児慢性特定疾病医療支援に要した費用について、小児慢性特定疾病医療費として受給者に支給すべき額の限度を超えない範囲で、当該指定医療機関に支払うこととする。

ただし、やむを得ない事情があると認められるときは、医療の給付に代え

て当該医療に要する費用（以下「療養費」という。）を支給できるものとする。

- 2 血友病患者（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（平成元年7月24日健医発第896号厚生省保健医療局長通知「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について」に基づく事業をいう。）については、自己負担上限月額を支払いを要しないものとする。

（自己負担上限月額）

第10条 対象者が指定医療機関で小児慢性特定疾病医療支援を受けた際に受給者が当該指定医療機関に支払う自己負担上限月額は、別表1「指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額」に定める額とする。

- 2 複数疾病に罹患している対象者の自己負担上限月額については、受給者番号の疾病に関わらず最も低い額とする。

- 3 第6条第2項、第3項の申請により新たに自己負担上限月額を変更とすることとした場合、申請のあった日の属する月の翌月（当該申請が行われた日が属する月の初日である場合は当該月）から適用し、その旨を記載した受給者証を交付する。

- 4 別表1における階層区分Ⅰに該当するのは、次の（1）又は（2）の場合とする。

（1）生活保護法の被保護者若しくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）である場合

（2）生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）若しくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、階層区分Ⅱ（低所得者Ⅰ）又は人工呼吸器等装着者区分の自己負担上限月額を適用したとしたならば保護（生活保護法第2条に規定する保護をいう。以下同じ。）又は支援給付を必要とする状態となる場合

- 5 別表1における階層区分Ⅱ（低所得Ⅰ）に該当するのは、次の（1）又は（2）の場合とする。

（1）支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯であって、受給者に係る次のアからウの収入の合計金額が80万円以下である場合（「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等が小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する年度（小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税（同法の規定によ

る特別区民税を含むものとし、同法第 328 条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。)を課されていない者(均等割及び所得割双方が非課税)又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者(当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。)である支給認定世帯をいう。)

ア 地方税法(昭和 25 年法律第 226 号)第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額(所得税法(昭和 40 年法律第 33 号)第 28 条第 1 項に規定する給与所得を有する者については、当該給与所得は、同条第 2 項の規定により計算した金額(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 41 条の 3 の 3 第 2 項の規定による控除が行われている場合には、その控除前の金額)から 10 万円を控除して得た額とする。なお、所得税法第 35 条第 2 項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、同項に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を 80 万円として算定した額とする。)

イ 所得税法上の公的年金等の収入金額(「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第 35 条第 2 項第 1 号に規定する公的年金等の収入金額をいう。)

ウ その他規則で定める給付(「その他規則で定める給付」とは、規則第 7 条の 5 各号に掲げる各給付の合計金額をいう。)

(2) 支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であって、階層区分Ⅲ(低所得Ⅱ)の自己負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合

6 別表 1 における階層区分Ⅲ(低所得者Ⅱ)に該当するのは、次の(1)又は(2)の場合とする。

(1) 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合

(2) 支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であって階層区分Ⅳ(一般所得Ⅰ)の自己負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合

7 別表 1 における階層区分Ⅳ(一般所得Ⅰ)に該当するのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割)の合計が 7 万 1 千円未満の場合とするものとする。

8 別表 1 における階層区分Ⅴ(一般所得Ⅱ)に該当するのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割)の合計が 25 万 1 千円未満の場合とするものとする。

9 別表 1 における階層区分Ⅵ(上位所得)に該当するのは、支給認定世帯の

世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円以上の場合とするものとする。

10 別表1における重症患者区分に該当するのは、支給認定世帯の対象者が「重症患者」に該当し、受給者が本市から「重症患者」区分の認定を受けた場合とする。

11 別表1における人工呼吸器等装着者区分に該当するのは、支給認定世帯の対象者が「人工呼吸器等装着者」に該当し、受給者が本市から「人工呼吸器等装着者」区分の認定を受けた場合とする。

（自己負担上限月額管理）

第11条 市長は、第7条第2項の規定による受給者証とともに自己負担上限月額管理票（様式第8号。以下「管理票」という。）を交付する。

2 受給者は、前条に定める自己負担上限月額を管理するため、指定医療機関で小児慢性特定疾病医療支援を受ける際に受給者証とともに管理票を指定医療機関に提示するものとする。

3 管理票を提示された指定医療機関は、受給者から所定の自己負担額を徴収した際に、当該医療費の2割負担分及び当月中に当該受給者が小児慢性特定疾病医療支援について支払った自己負担額の累積額及び医療費総額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担額の累積額が当該受給者に適用された自己負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

なお、入院時の食事療養に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まないこととする。

4 受給者から、当該月の自己負担額の累積額が自己負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

（自己負担上限月額の按分）

第12条 対象者が指定難病患者でもある場合（同一疾病により小児慢性特定疾病と難病の受給者証を保持している場合を除く。）又は対象者と同一の医療保険に属する按分世帯に他の対象者若しくは指定難病患者がいる場合には、第12条第1項の規定にかかわらず、当該自己負担上限月額に医療費按分率（按分世帯における次の①及び②の額の合算額で、次の①及び②のうち当該按分世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とするものとする。

る。

- ① 受給者が属する階層区分の自己負担上限月額
- ② 難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成 26 年政令第 358 号）第 1 条第 1 項に規定する負担上限月額

2 按分世帯内に対象者及び指定難病患者が複数いる場合には、前項の①自己負担上限月額及び②負担上限月額を全て合算する。

（療養費の支給）

第 13 条 受給者は、第 9 条第 1 項のただし書きの規定により療養費の支給を受けようとする場合、千葉市小児慢性特定疾病療養費助成申請書（様式第 9 号）を市長に提出するものとする。

2 前項の費用の支給を受けることができるのは、当該小児慢性特定疾病医療支援を受けた日の属する月の翌月 1 日から 5 年以内とする。

3 市長は、第 13 条第 1 項の規定により助成をすることと決定したときは、千葉市小児慢性特定疾病療養費助成決定通知書（様式第 10 号）により、助成をしないこととしたときは、千葉市小児慢性特定疾病療養費助成不承認決定通知書（様式第 11 号）により、当該申請者に通知するものとする。

（高額療養費に係る取扱い）

第 14 条 当該事業による医療に関する給付の対象となる療養を受ける場合、保険者の認定を受けた者の高額療養費の支給は、所得区分に応じた算定基準額を適用するものとする。

2 申請者は、対象者が加入する医療保険の保険者に高額療養費に係る所得区分の認定を受けるため、次の書類を市長に提出するものとする。

（1）対象者の健康保険証の写し

（2）保険者が対象者の所得区分の認定を行うために必要な書類

3 市長は、前項へ書類を受付したときは、保険者に送付する。

4 保険者が当該対象者に対し所得区分を認定した場合は、認定した所得区分について記載した受給者証を対象者に交付する。

（入院時食事療養費）

第 15 条 別表 1「指定小児慢性特定疾病医療支援に関わる自己負担上限月額」の階層区分 I に属する受給者、生活保護移行防止のため食事療養費減免措置を受けた受給者及び血友病患者に係る受給者の入院時の食事療養については、医療保険における入院時の食事療養に係る標準負担額と同額を小児慢性特定



疾病医療費で支払い、各受給者の自己負担額は生じないものとする。

2 前項以外の受給者は、医療保険における入院時の食事療養に係る標準負担額の1/2の金額を自己負担するものとする。

(受給者証の記載事項の変更等)

第16条 受給者証の交付を受けた受給者は、受給者証の記載事項のうち、次に掲げる事項に変更を生じたときは、速やかに交付申請(届出)書にこれを証する書面を添えて市長に届け出なければならない。

- (1) 受給者証の交付を受けた受給者又は対象者の情報
- (2) 対象者の保険区分
- (3) 医療費支給認定基準世帯員

2 受給者は、次に掲げる変更が生じたときは、速やかに交付申請(届出)書にこれを証する書類を添えて、市長に届け出なければならない。

- (1) 自己負担上限月額の変更
- (2) 指定医療機関の変更又は追加
- (3) 疾病の名称の変更又は追加

3 市長は、前項の規定による変更の申請を受けたときは、必要に応じ関係書類の提出を求めてその内容を確認の上、変更又は追加の必要が認められれば、新たに受給者証を交付するものとし、変更又は追加の必要がないと判断した場合は、申請を行った受給者に対して、千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請却下通知書(様式第12号)を交付するものとする。

(受給者証の再交付)

第17条 受給者は、受給者証若しくは管理票を汚損し若しくはき損し、又は紛失した場合において、その再交付を受けようとするときは、交付申請(届出)書を市長に提出して、受給者証の再交付を受けるものとする。なお、受給者証を紛失した者は、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を返還しなければならない。

(受給権の消滅等)

第18条 受給者の給付を受ける権利は、当該給付に係る対象者が次の各号のいずれかに該当することとなったときは消滅する。

- (1) 第3条各号のいずれかに該当しなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 他法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療の給付が行われることとなったとき。

2 受給者は、前項各号のいずれかに該当することとなったとき（第3条第1号に掲げる対象者の年齢要件に該当しなくなったときを除く。）は、速やかに交付申請（届出）書により市長に届け出なければならない。

3 受給者は、第1項の規定により給付を受ける権利が消滅したとき又は第9条の規定による受給期間が満了したときは、速やかに受給者証を市長に返還しなければならない。

（費用の返還）

第19条 市長は、偽りその他不正の手段により給付を受けた者があるときは、それに係る費用の全部又は一部を返還させることができる。

（台帳）

第20条 市長は、給付の状況を明らかにしておくため、千葉市小児慢性特定疾病医療支援台帳（様式第14号）を備えるものとする。

（個人情報の取扱い）

第21条 この事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意することとする。

（補則）

第22条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に必要な事項は、保健福祉局長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成17年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

（千葉市小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱の廃止）

2 千葉市小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱（平成4年4月1日施行）は、廃止する。

（経過措置）

3 この要綱による廃止前の千葉市小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱（以下「旧要綱」という。）の適用を受けている者であって、平成16年度中に18歳に到達したことにより旧要綱の適用を受けられなくなったものについては、施行日においてその者が第2条第2号及び第3号のいずれにも該当する者である場合に限り、対象患者とする。この場合において、第2条第1号中「18歳未満の児童（18歳到達時点においてこの事業による医療の給付等を受けており、かつ、18歳到達後も引き続き当該疾患の治療が必要と

認められる場合にあつては、20歳未満の者とする。）」とあるのは「20歳未満の者」と読み替えるものとする。

- 4 施行日の前日までに旧要綱5条の規定により市長と委託契約を締結している医療機関は、特段の意思表示がない限り、実施医療機関とみなす。
- 5 施行日の前日までに旧要綱の規定により給付された医療に係る治療研究費及び療養費については、なお従前の例による。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものであるとみなす。
- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成20年10月1日から施行する。
- 2 平成20年9月30日以前に行われた治療については、従前の例による。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 平成21年3月31日以前に行われた治療については、従前の例による。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成21年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている

書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 平成22年3月31日以前に行われた治療については、従前の例による。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成24年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。
- 3 既認定者(平成26年12月31日時点で児童福祉法の一部を改正する法律(平成26年法律第47号)による改正前の法第21条の5の規定に基づく事業に係る医療の給付又は医療に要する費用の支給をうけていた者であり、かつ、平成27年1月1日以降も引き続き受けている支給認定に係る小児慢性児童等をいう。)としての扱いは、平成29年12月31日までの間とする。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている

書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成29年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成30年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

#### 附 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年5月1日から施行する。  
(経過措置)
- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年7月1日から施行する。  
(経過措置)
- 1 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。  
(経過措置)
- 1 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和元年7月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和元年10月1日から施行する。  
(経過措置)
- 1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている

書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

2 この要綱の施行前に

作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、  
必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

1 この要綱は、令和元年11月1日から施行する。

(経過措置)

1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている  
書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

2 この要綱の施行前に

作成された様式で、現に存するものは、なお当分の間、  
必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されてい  
る書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の  
間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

1 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されてい  
る書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

2 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお当分の  
間、必要な箇所を修正して使用することができる。

別表 1

指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限額(患者負担割合:2割、外来+入院)		
			一般	重症患者	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等		0		
II	市町村民税 非課税	低所得Ⅰ(～約80万)	1,250		500
III		低所得Ⅱ(～約200万)	2,500		
IV	一般所得Ⅰ (～市町村民税7.1万円未満)		5,000	2,500	
V	一般所得Ⅱ (～市町村民税25.1万未満)		10,000	5,000	
VI	上位所得 (市町村民税25.1万以上～)		15,000	10,000	
入院時の食費			1/2自己負担		
申請に必要な書類			<ul style="list-style-type: none"> <li>指定医が作成した医療意見書</li> <li>健康保険証の写し</li> <li>所得の状況等が確認できる資料</li> <li>その他市長が必要と認める関係書類</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養負担過重患者別表2に適合していることを確認できる資料</li> <li>指定医が作成した医療意見書</li> <li>障害年金等の証書の写し</li> <li>身体障害者手帳の写し など</li> <li>その他市長が必要と認める関係書類</li> <li>高額治療継続者</li> <li>支給認定を受けた月から12か月以内に、当該医療費総額が5万円を超えた月が6回以上あることを確認できる資料</li> <li>その他市長が必要と認める関係書類</li> </ul>	人工呼吸器等装着者申請書 (医療意見書別紙)

- 備考：1 健康保険証の写し及び所得の状況等が確認できる資料は、対象者及び令第22条第1項第2号イに規定する医療費支給認定基準世帯員のものを提出させるものとする。
- 2 所得の状況等が確認できる資料は、対象者が小児慢性特定疾病医療支援を受ける日の属する年度（受ける日の属する月が4月から6月である場合は前年度）の市県民税所得割額が確認できるものとする。
- 3 階層区分の算定に用いる市町村民税所得割額は、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する個人住民税所得割の標準税率（6%）により算出された所得割額とする。



別表 2

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

- 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〇・〇三以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が〇・〇四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（両耳の聴カレベルが百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（一上肢を上腕の二分の一以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したものの）
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の）
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	一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（一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症状が、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、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

疾患群	該当項目
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
先天代謝異常	発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一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二十以下であるもの又は一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二十以下であるもの又は一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一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一歳以上の児童において寝たきりのもの

# 様式第1号

様式第1号 (表面)										
千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請 (届出) 書										
千葉市ぜんそく等小児指定疾病医療費助成認定証交付申請 (届出) 書										
<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 変更・記載事項変更 ( )				
<input type="checkbox"/> 消滅		(理由: 転出 死亡 その他)		<input type="checkbox"/> 再交付		(理由: 紛失 その他 )				
消滅日		年 月 日								
受給者番号 (新規・転入は記載不要)					受給者証有効期限 (更新のみ)					
					～ 年 月 日					
受診者	カナ				年齢	生年月日				
	氏名					年 月 日				
	住所	〒				電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先			
		千葉市	区				※現住所が申請年の1月1日時点の住所と同一・非同一 ※非同一の場合、旧住所を記入			
旧住所	(〒 - )	都・道 府・県			市・区 町・村					
保護者 ※受診者が18歳未満の方のみ記入。 ※受診者と同一の場合は記入不要。	カナ				電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先				
	氏名									
	住所	〒				続柄	受診者から見て			
		千葉市	区				※現住所が申請年の1月1日時点の住所と同一・非同一 ※非同一の場合、旧住所を記入			
旧住所	(〒 - )	都・道 府・県			市・区 町・村					
病名					疾患に関する変更の場合		変更・追加			
受診者が加入している医療保険		保険者名 (加入先)								
※変更の場合は変更後の情報を記入		記号番号・枝番 (被保険者番号)								
自己負担上限額の特例と変更 (該当するものに☑)				<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 生活保護 (受給者・境界層) 該当者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 ( <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 廃止 ) <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 階層区分変更 <input type="checkbox"/> 支給認定世帯員の中で他の小児慢性又は指定難病受給者の該当						
別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、同意される方は、右欄にチェックをお願いします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。				厚生労働大臣 様 <input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/>		申請受付後、この申請の審査に必要な場合は、私又は私が属する世帯の世帯員の市民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、住民基本台帳情報、生活保護受給状況について調査・確認されることに同意します。								
<input type="checkbox"/>		当該支給に当たり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉市が受診者が加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。								
なお、これらの調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。										
市町村民税が <b>非課税世帯</b> の方のみ、下記を記入 (該当するものに☑) してください。 階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します。										
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。		<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ (1,250円) 又は低所得Ⅱ (2,500円) に決定】 <input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ (2,500円) に決定】								
本申請書のとおり申請します。 (届出) (あて先) 千葉市長				申請日 (届出日)	年 月 日	申請者名 (届出者名)				
千葉市使用欄 ※受診者が18歳未満の場合、保護者の氏名を記										
認定開始年月日	認定終了年月日	審査年月日	決定年月日							
所得区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得	制度区分	国・市							
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	※裏面も必ず御記入ください。							
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例	<input type="checkbox"/> 重症患者								
備考										

様式第1号（裏面）

支給認定基準世帯員 記入欄（※受診者本人の情報は記入不要）

カナ 氏名	続柄	生年月日	受給者番号（無の場合は記載不要）
		住所（受診者と異なる場合のみ）	旧住所（市区町村まで）
カナ 氏名		年 月 日 No.	住所 旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ 氏名		年 月 日 No.	住所 旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ 氏名		年 月 日 No.	住所 旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ 氏名		年 月 日 No.	住所 旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			

○国保・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。  
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者  
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ）  
 を記入してください。  
 ※支給認定世帯員変更の場合は、変更後の世帯を記入してください

受診を希望する 指定医療機関 （更新の場合、変更希望な れば記入不要）	医療機関情報		医療機関番号（千葉市記入欄）
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		

郵 送 先	認定の結果等郵送先		本人住所 ・ 下記の郵送先に送付希望（いずれかに○）	
	氏名		受診者との 続柄	
	住所	〒 —	都・道 府・県	市・区 町・村
				電話番号

# 様式第2号

様式第2号

## (重症患者認定申告書)

(あて先) 千葉市長

年 月 日

以下のとおり、重症患者の認定を申告します。

ふりがな		受給者番号 (新規申請の場合は不要)	
患者氏名			
疾病名		生年月日	年 月 日生 (満 歳)

### (1) 高額かつ長期

高額治療継続者の認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援(支給認定を受けた月以後のものに限る。)につき、医療費総額(健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額)が5万円を超えた月数が6回以上ある者をいう。

添付書類	1. 自己負担上限月額管理表 2. その他( )
------	--------------------------

### (2) 重症度

添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証明書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他( )
------	---

#### 基準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

対象の部位	該当箇所に○	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)

#### 基準②

基準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	該当箇所に○	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二十以下であるもの又は一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二十以下であるもの又は一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二十以下であるもの又は一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

## 様式第3号

様式第3号 (人工呼吸器等装着者証明書)			
ふりがな		生年月日	年 月 日生(満 歳)
患者氏名			
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器		
	体外式補助人工心臓等		
注) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。			
<b>①人工呼吸器の使用について</b>			
<small>(注1) 人工呼吸器装着者とは、気管チューブを介して人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介して人工呼吸器を使用している者をいう。                      (注2) 気管チューブとは口、鼻および気管切開口を介して気管内に留置するチューブ・カニューラをいう。                      (注3) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</small>			
人工呼吸器装着の有無	1. あり( 年 月から) 2. なし		
人工呼吸器の使用法(注2)	1. 気管チューブを介した人工呼吸器使用 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用		
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行		
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし		
<b>②体外式補助人工心臓等の使用について</b>			
<small>(注4) 体外式補助人工心臓等とは、体外式補助人工心臓及び埋込式補助人工心臓をいう。                      (注5) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</small>			
体外式補助人工心臓等の装着の有無	1. あり( 年 月から) 2. なし		
体外式補助人工心臓等の装着の種類(注4)	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓		
施行状況(注5)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行		
概ね1年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし		
<b>③生活状況等の評価について</b>			
生活状況の評価	○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)、屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助		
	※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動  【評価基準】 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態		
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ( )			
医師の氏名 記載年月日： 年 月 日			
※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が認定されている疾病によって生じている場合に本証明書を提出してください。			

様式第4号

様式第4号

### 千葉市小児慢性特定疾病医療受給者証

【国】【重】【呼】【高】

公費負担者番号								
受給者番号								
受診者	住所							
	氏名							
	生年月日						世帯内按分特例	
保護者	住所							
	氏名						続柄	
保険者名								
保険証の記号・番号							適用区分	
疾患名								使ホヒ ルト モ成 用ン長
医療機関								
有効期間	年 月 日～				年 月 日			
月額自己負担限度額				円	階層区分			
年 月 日								
千葉市長								

裏面の注意事項をよくお読み下さい。

様式第5号

様式第5号

千葉県指令保健支第 号

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請却下通知書

住所

氏名

様

年 月 日付で申請のあった千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請につきましては、国の定める認定基準を満たさなかったため、却下します

年 月 日

千葉県長 神谷 俊一

記

- 1 患者氏名
- 2 対象疾病

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉県長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。



様式第6号

様式第6号

千葉市指令保健支第 号

重症患者等却下通知書

住所

氏名

様

年 月 日付で申請のあった千葉市小児慢性特定疾病医療支援における重症患者等区分の申請につきましては、国の定める認定基準を満たさなかったため、却下します。

年 月 日

千葉市長 神谷俊一

記

1 患者氏名

2 対象疾病

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

様式第7号

様式第7号

千葉市指令保健支第 号

成長ホルモン治療却下通知書

住所

氏名

様

年 月 日付けで申請のあった千葉市小児慢性特定疾病医療支援における成長ホルモン治療の申請につきましては、国の定める認定基準を満たさなかったため、却下します。

年 月 日

千葉市長 神谷俊一

記

1 患者氏名

2 対象疾病

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

# 様式第 8 号

様式第 8 号

## 小 児 慢 性 特 定 疾 病

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
日	

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額自己負担額 累計額
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

様式第9号

様式第9号

千葉県小児慢性特定疾病療養費助成申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

千葉県小児慢性特定疾病医療支援実施要綱第13条第1項の規定により関係書類を添えて医療費の助成を申請します。  
この申請に関して、必要に応じて千葉市が保険者等へ照会すること、及び保険者等から照会を受けた際に千葉市が回答することについて同意します。  
また、千葉市が保有する申請者の他医療費助成制度の申請状況について、支給額の決定に必要な範囲で調査及び確認することに同意します。

下記枠内は申請者にご記入ください。

対象者	受給者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名			
	高額療養費等適用	なし ・ あり		
住所	千葉県	区	建物名・ 部屋番号等	
	フリガナ	続柄 対象者から見て		
申請者	氏名	日中連絡先 (携帯等) - -		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同一 (記入不要) <input type="checkbox"/> 対象者と別居 (右に記入)		建物名・ 部屋番号等
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 ( )	口座番号 普通 ・ 当座 NO.
	口座名義人			

大枠内は、医療機関・薬局等に証明をお願いしてください。

診療年月	保険対象分				患者徴収済額 3割・一部2割	食事療養費 負担額	計 (C+D)=E	備考
	対象疾患に係る 保険診療総額	社会保険等 負担額	(A-C)=B					
年 入院 日	円	円	円	円	円 (回)	円		
月 通院 日	円	円	円	円	円	円		
年 入院 日	円	円	円	円	円 (回)	円		
月 通院 日	円	円	円	円	円	円		
年 入院 日	円	円	円	円	円 (回)	円		
月 通院 日	円	円	円	円	円	円		
年 入院 日	円	円	円	円	円 (回)	円		
月 通院 日	円	円	円	円	円	円		
					証明書発行手数料 (あてはまる方に○をしてください。)	0円 ・ 209円		
上記のとおり証明する。 年 月 日				医療機関等名称 所在地 代表者氏名		印		

【申請時に必要な添付書類】

1. 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証
2. 小児慢性特定疾病自己負担上限額管理票
3. 医療機関の領収書(原本)
4. 健康保険証
5. 限度額適用認定証(交付されている方のみ)
6. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号、口座名義(カタカナ表示)が分かるもの(通帳の写し等)
7. 委任状(申請者以外の方の口座に振込を希望する場合)

様式第10号

様式第10号

千葉市指令 第 号  
年 月 日

住所  
氏名 様

千葉市長

千葉市小児慢性特定疾病療養費助成決定通知書

年 月 日付で申請された千葉市小児慢性特定疾病療養費助成について、  
下記のとおり決定いたしましたので通知します。

助成することとした額 金 円

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(問い合わせ先)

様式第 1 1 号

様式第 1 1 号

千葉市指令 第 号  
年 月 日

住所  
氏名 様

千葉市長

千葉市小児慢性特定疾病療養費助成不承認決定通知書

年 月 日付で申請された千葉市小児慢性特定疾病療養費助成について、  
不承認としましたので通知します。

不承認とした理由 のため

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

(問い合わせ先)

様式第12号

様式第12号

千葉市指令保健支第 号

千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請却下通知書

住所

氏名 様

年 月 日付けで申請のあった千葉市小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請につきましては、変更の認定が認められないため、却下とします。

年 月 日

千葉市長 神谷俊一

記

1. 自己負担上限月額の変更
2. 指定医療機関の変更又は追加
3. 疾病の変更又は追加

審査請求等について

- 1 この処分についての審査請求は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉市長に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

様式第 1 3 号

様式第 1 3 号

千葉市小児慢性特定疾病医療支援台帳

負担者番号								
受給者番号								
保険区分		健保・国保・共済・生保・その他						
受診者	住所							
	氏名							
	生年月日	年		月		日生		
受給者	住所							
	氏名						続柄	
受診指定医療機関名								
疾患群								
疾病名								
認定期間	年	年	月	月	日から	実診療日数	入院	日
	年	年	月	月	日まで	実診療日数	入院	日
	年	年	月	月	日まで	実診療日数	入院	日
自己負担上限月額								円
自己負担上限月額								円
自己負担上限月額								円
転 帰	治癒・死亡・中止（他都道府県市転出等を含む）							
備 考								



様式第14号

個人番号に係る調書

様式第14号

新規 市外転入

世帯員変更(保険の変更による世帯員の変更含む)

書類記入日

年 月 日

受診者	かな										
	氏名										
個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満の場合のみ記載)	かな										
	氏名										
個人番号											
千葉市の受給者番号 (お持ちの方のみ)											

※国保・国保組合・後期高齢者医療以外の方は被保険者の方のみ記載してください。  
 国保・国保組合・後期高齢者医療の方は、同一保険に加入する世帯員を全員記載してください。  
 ※既に受給されている方で、保険が変更したことに伴い、世帯員が変更(増加)する場合は、世帯員全員の記載が必要となります。

受領印

○受診者と同一の医療保険に加入している方	世帯員 1	かな										生年月日			
		氏名										年 月 日			
	個人番号														
	世帯員 2	かな										生年月日			
		氏名										年 月 日			
	個人番号														
	世帯員 3	かな										生年月日			
		氏名										年 月 日			
	個人番号														
	世帯員 4	かな										生年月日			
	氏名										年 月 日				
個人番号															
世帯員 5	かな										生年月日				
	氏名										年 月 日				
個人番号															

窓口記入欄	本人確認 <input type="checkbox"/> 申請者(受診者本人または保護者) <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( ) 以下は二つ確認が必要 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 税証明 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 申請者の健康保険証(原本) <input type="checkbox"/> 申請者の個人番号カード <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )
	申請者の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他( )