様式第1号

大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

新規（転入）　・　更新　・　変更注

注　変更申請の場合は、受診者欄と申請者欄のみ記載してください。

受診者	ふりがな			受給者番号 （お持ちの方のみ）								
	氏　名			生年月日	年　月　日（　歳）							
	住　所	□□□－□□□□ 大阪市　区		電話番号	（　）　－							
受診者が加入する医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄							
	保険種別 （いずれかに○）	国民健康保険（ 大阪市 ・ 業種別 ） ・ 被用者保険（ 全国健康保険協会・組合健保・共済 ）										
	保険者	名称		記号・番号	記号							
		番号			番号							
疾病名												
受診指定医療機関	名　称	※主に利用する医療機関1箇所を記載してください		所在地								
自己負担上限月額の特例	重症患者認定	重症患者認定基準を満たしている方			□該当する　□該当しない							
	人工呼吸器等装着者	対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている方			□該当する　□該当しない							
	高額かつ長期	申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費の総額(10割分）が5万円を超える月が6回ある方			□該当する　□該当しない							
	世帯内按分特例	医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の認定患者（申請中含む）がいる方			□該当する　□該当しない							
		按分対象者	氏名	受給者番号	指定難病　・　小児慢性							
			氏名	受給者番号	指定難病　・　小児慢性							
更新申請	小児慢性特定疾病児童手帳の再交付について （病状や治療経過等の記録を自身で行うための手帳で、新規登録時に交付しているもの）				□希望する　□希望しない							
転入申請	本市への転入日		転入前の受給者証発行自治体		転入前の受給者番号							

●小児慢性特定疾病医療費の支給開始日にかかる申し立て

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について、疾病の状態の程度を満たしていることを診断した日まで遡ることが可能なため、医療意見書（※）に記載されている診断年月日など、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を記入してください。ただし、申請日からの遡りの期間は原則１か月とし、診断年月日から１か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長３か月となります。

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	申請日から１か月以上（最長３か月まで）遡る場合（左記の欄が申請日から１か月以上前の年月日となっている場合）、該当する理由に☑してください
年　月　日	□医療意見書の受領に時間を要したため □症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため □大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため □その他（　）

ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますので、予めご了承ください。

大阪市長　様

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。この認定に必要な場合は、私及び支給認定基準世帯員等の個人市民税課税台帳等関係公簿等の閲覧・照会のほか、保険者への医療保険上の所得区分に関する情報の照会に同意します。

なお、以上の内容について同世帯員等全員の承諾を得ています。

年　月　日

申請者※	ふりがな		受診者との続柄	日中の連絡先の電話番号
	氏　名			（　）　－
	住所(受診者と異なる場合のみご記入ください。) 〒　－			受給者証送付先 □　申請者住所 □　受診者住所

※申請者は、支給認定の申請を行おうとする小児慢性特定疾病児童（児童福祉法第6条の2第2項第1号に規定する小児慢性特定疾病児童をいう。）の保護者又は成年患者（同項第2号に規定する成年患者をいう）となります。

また、受診者が成年患者である場合は、本人名義で申請手続きを行う必要があります。受診者本人による手続きが難しく、ご家族等が申請者として申請される場合は「委任状」が必要となります。なお、法定代理人が申請する場合は「委任状」は不要です。

保健福祉センター記入欄	現在の受給者証の記載内容	有効期限（～　.　.　） 階層区分（　）					保健師面接	保健福祉センター受付印
		高額かつ長期（ 有 ・ 無 ） 世帯内按分（ 有 ・ 無 ）					済 ・ 未	
	申請者の個人番号確認書類	□個人番号カード　□申立書・その他						
		□個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書						
保健所記入欄	重症	呼吸器	高額長期	按分 難・小	階層区分	自己負担上限月額	適用区分	住基確認
	保変							
	.　.　～　.　.							

R070401

小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣　殿
　私は、
下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり提出した医療意見書の情報が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、小児慢性特定疾病に関する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

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も記名してください。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜本同意書に関する説明＞

　小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施のため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施をしています。これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。
　本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市（特別区を含む）へ提出ください。
　また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

＜データベースに登録される情報と個人情報保護＞

　厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。
https://www.shouman.jp/disease/download
　厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を 研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。
　また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

＜データベースに登録された情報の活用方法＞

　厚生労働省のデータベースに登録された情報は、
①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査
②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等
を行う場合に活用されます。
　例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

＜同意の撤回＞

　同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供 ・利用 について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。
　なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

■　申請に際しての注意

①　申請受付から、審査結果が出るまでに、通常２か月程度かかります。（指定医に内容確認を行う場合は、審査に２か月以上かかることがあります。）
②　有効期間の始期は、診断年月日または申請から原則１か月（やむを得ない理由がある場合は最長３か月）前の日のいずれか遅い日となります。更新申請の場合、有効期間内に手続きをしていただく必要があります。有効期間を過ぎて申請をされた場合は、新規申請となります。
③　医療受給者証が届くまでの間は、医療機関により支払いを待ってもらえる場合と、請求される場合があります。医療費をお支払いいただく際は、医療保険単独適用後自己負担分を一旦お支払いいただき、交付後、受診医療機関で精算していただいてください。精算が難しい場合は請求書に領収書等必要書類等を添えて大阪市へ請求してください。
④　受診指定医療機関の欄には、主に利用する医療機関１箇所を記載してください。
⑤　受給者証の記載内容に変更がある場合は、速やかに変更申請を行ってください。自己負担上限月額の変更については、原則、申請日の翌月1日から適用となります。

様式第2号

小児慢性特定疾病医療意見書　別紙　〈大阪市〉

（療育指導連絡票兼重症患者認定意見書兼人工呼吸器等装着者申請時添付書類）

（療育指導連絡票、重症患者認定意見書、人工呼吸器等装着者申請時添付書類　共通記載項目）

受給者番号		新規登録　・　更新　・　転入（　　）	
患　者	ふりがな	年　月　日生（満　歳）	
	氏　名		
疾　病　名		裏面の人工呼吸器等装着者に該当する場合は、どちらかに〇印記載 人工呼吸器　・　体外式補助人工心臓等	

〇療育指導連絡票

療養・療育	療養上の問題点等 裏面下に示す日常生活用具の給付の検討（品名：　　）
	保健所、保健福祉センターで行ってほしい指導等（例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介・家族会の紹介等）

上記のとおり連絡します。

年　月　日　　医療機関名称

医師氏名

〇重症患者認定意見書

次の①もしくは②に該当するものがある場合、「〇記入欄」に〇を記入してください。
なお、重症患者認定意見欄に記入した場合は、下欄に医師氏名を記名してください。

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		〇記入欄
眼	眼の機能に著しい障がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの	両上肢の全ての指を基部から欠いているもの	
		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がいを有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの	
		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がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの	
肢体の機能	身体の機能の障がい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	
		四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの	

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	〇記入欄
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、３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	

上記のとおり診断します。

年　月　日　　医療機関名称

医師氏名

※該当する場合は、必ず医師氏名を記名してください

R040401

○人工呼吸器等装着者申請時添付書類

人工呼吸器装着の場合は下記①･③に記入。体外式補助人工心臓等を使用の場合は下記②･③に記入。

①人工呼吸器の使用について	
※人工呼吸器装着者とは、気管チューブ（注）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い、なおかつ、おおよそ24時間持続にて人工呼吸管理が必要な症例でかつ概ね１年以内に離脱の見込みがない状態を指す。（但し酸素投与の有無は問わない） （注）気管チューブとは口、鼻及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。	
人工呼吸器装着の有無	１．あり（　　年　　月から）　２．なし
人工呼吸器の使用方法	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	１．施行　２．未施行
概ね１年以内に離脱の見込み	１．あり　２．なし
②体外式補助人工心臓等の使用について	
※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い、連日おおよそ24時間継続して装着している状態を指す。	
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	１．体外式補助人工心臓　２．埋込式補助人工心臓
施行状況	１．施行　２．未施行
概ね１年以内に離脱の見込み	１．あり　２．なし
③生活状況等の評価について	
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
上記のとおり診断します。 年　月　日　医療機関名称 医師氏名 **※該当する場合は、必ず医師氏名を記名してください**	

※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診断書を提出してください。

小児慢性特定疾病児日常生活用具

※給付を受けるためには、日常生活用具給付申請が必要です。

便器(常時介助を要する者)・特殊マット(寝たきりの状態にある者)・特殊便器(上肢機能に障がいのある者)・特殊寝台(寝たきりの状態にある者)・歩行支援用具(下肢が不自由な者)・入浴補助用具(入浴に介助を要する者)・特殊尿器(自力で排尿できない者)・体位変換器（寝たきりの状態にある者)・車椅子(下肢が不自由な者)・頭部保護帽(発作等により頻繁に転倒する者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象））・電気式たん吸引器(呼吸器機能に障がいのある者)・クールベスト(体温調節が著しく難しい者)・紫外線カットクリーム(紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者）・ネブライザー(吸入器)（呼吸器機能に障がいのある者）・パルスオキシメーター（人工呼吸器の装着が必要な者）・ストーマ装具（消化器系）（人工肛門を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象））・ストーマ装具（尿路系）（人工膀胱を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象））・人工鼻（人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者）

様式第3号

世　帯　調　書

	氏名・生年月日	続柄	支給認定基準世帯員 （被用者保険：被保険者） （国民健康保険：加入者全員）		1月1日（1～6月は前年1月1日）時点の住所 マイナンバー法における個人番号 （現在大阪市に住民票のある方は記載省略可）	保健福祉センター記載欄
受診者	ふりがな 年　月　日生	本人	□	右欄も記入してください	・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
申請者	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
受診者と同じ住民票の他の世帯員	ふりがな 年　月　日生	本人の	□	右欄は☑をつけた方のみ記入してください	・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
受診者と同じ医療保険に加入する上記以外の者	ふりがな 年　月　日生	本人の	□		・現住所と同じ ・別住所（　　） □□□□□□□□□□□□	課税 非課税 生保 〔　〕
	（現住所）　〒　　－					

【記入上の注意】

＊支給認定基準世帯員について

・受診者が被用者保険の場合、受診者が加入する医療保険の**被保険者のみ**に☑をつけてください。

・受診者が国民健康保険の場合、受診者と同一の保険に加入している方**全員**に☑をつけてください。

＊1月1日（1～6月は前年1月1日）時点の住所について

・「受診者」「申請者」及び「支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方」について記入してください。

・1月1日（1～6月に申請する場合は前年1月1日）の住所について、該当する方に○をしてください。

・別住所の場合は（　　）内に当時の住所を市区町村名まで記入してください。

＊マイナンバー法における個人番号について

・「受診者」「申請者」及び「支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方」について記入してください。

・市外居住者の方は必ず記入してください（現在、大阪市に住民票のある方は、記入を省略いただいても結構です）。

＊保健福祉センター記載欄には記入しないでください。

（保健福祉センター記載欄）必要に応じ保健所への伝達事項等を記入

支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方全員が、市民税非課税である場合、**裏面も**記入してください。

R070401

世帯調書の支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方全員が、市民税非課税である場合に記入してください。

収入等に係る申立書（市民税非課税）

大阪市長あて

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、以下のとおり相違ないことを申し立てます。

該当する欄に〇をつけてください。

【　　】	**年金・手当等を受給しており、証明する書類を全て提出します。**

＊証書又は振込通知書等の写しを添付してください。

【　　】	**年金・手当等を受給していますが、証明する書類を提出しません。 階層区分が「Ⅲ」（低所得Ⅱ）となることを了解します。**

＊地方税法上の合計所得金額と所得税法上の公的年金等の収入金額の合計が80万円を超えている場合は、
証明提出の有無にかかわらず階層区分は「Ⅲ」（低所得Ⅱ）となります。

【　　】	**年金・手当等の収入は一切ありません。**

※年金・手当等とは、次の障がい年金や特別児童扶養手当等をいいます。

障がい年金等・・・・・・障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、
障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、
特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付　等

特別児童扶養手当等・・・特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当

【記入上の注意】

・支給認定基準世帯員が、市民税非課税である場合のみ記入してください。

・受診者が血友病患者の場合は、記入不要です。

・年金・手当等の受給の有無については、次の対象者及び対象期間について記入してください。

対象者	受診者が被用者保険	被保険者 **※受診者本人が被保険者の場合は次のとおり 受診者が18歳未満　…　保護者のうち収入の高い方 受診者が18歳以上　…　受診者本人**
	受診者が国民健康保険	**同一の保険加入者**のうち収入**が最も**高い方
対象期間	1～6月に申請する場合	前々年の1～12月
	7～12月に申請する場合	前年の1～12月

※児童福祉法第19条の6第1項第3号及び児童福祉法施行令第22条の2の規定により、虚偽の申請があった場合は支給認定を取り消すことがあります。

様式第4号

（大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定用）

重症患者認定申請書

受診者	ふりがな		受給者番号（既にお持ちの方のみ記入）		
	氏　名		生年月日	年　月　日生（　歳）	
疾病名					

障害等の状態

重症患者認定基準に該当する障がいの長期継続の状態（裏面を参考に該当欄に○印をご記入下さい）

基準①		基準②	
眼		悪性新生物	
聴器		慢性腎疾患	
上肢		慢性呼吸器疾患	
下肢		慢性心疾患	
体幹・脊柱		先天性代謝異常	
肢体の機能		神経・筋疾患	
		慢性消化器疾患	
		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	
		皮膚疾患	
		骨系統疾患	
		脈管系疾患	

添付する書類	小児慢性特定疾病医療意見書別紙

上記のとおり、重症患者の認定を申請します。

年　月　日

申請者住所

申請者氏名　　受診者との続柄（　）

（提出先）大阪市長

【重症患者認定の申請について】

1. 重症患者の申請の際には、この申請書のほか、小児慢性特定疾病医療意見書別紙を提出してください。

2. 重症患者の認定には、裏面の認定基準を満たしていることが必要になりますので、重症申請を行う際には、裏面をご確認ください。

3. 既に受給者証をお持ちの方が重症申請をされる場合は受給者証を提示してください。

R040401

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

以下の基準に該当する場合は、医師とご相談のうえ小児慢性特定疾病医療意見書別紙に記入してもらって下さい。

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がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの	両上肢の全ての指を基部から欠いているもの
		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がいを有するもの	一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの
		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がいを有するもの	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がいを有するもの	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がいを有するもの
肢体の機能	身体の機能の障がい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
		四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの

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、３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

小児慢性特定疾病医療
自己負担上限額管理票

受診者氏名	
受給者番号	

※この管理票は、小児慢性特定疾病医療受給者証と一緒に指定医療機関等（病院、診療所、保険薬局および訪問看護ステーション）の窓口に提出し、自己負担額を必ず記録してもらってください。
※この管理票は、あなたの医療費自己負担額を記録し証明するものですから、紛失等には注意ください。

大阪市

【記載例】

○年　５月自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　２，５００　円　　受診者氏名　　大阪　太郎

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
５月　１日（　）	A病院	8,000円	1,600円	1,600円
５月　１日（　）	B薬局	4,000円	800円	2,400円
５月１５日（　）	C病院	15,000円	100円	2,500円
５月１５日（　）	D薬局	7,000円		
６月１０日（５月分）	E訪問看護ステーション	16,000円		

上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
５月１５日	C病院

訪問看護サービス等において、利用した翌月に利用料を徴収する場合、利用月の最終日を記載するか、徴収日を記載のうえ、（）内に該当月を記載してください。

当日の治療費の２割が3,000円であったとしても、自己負担累積額が2,400円であるため、自己負担額は100円となります。(2,900円は公費負担)
また、上限に達した以降は、翌月になるまでは自己負担はありません。

自己負担上限額に達した後も受診した際には、医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担累積額（月額）の欄は斜線を引く。

〈本管理票の交付機関及び連絡先〉
大阪市保健所管理課（保健事業グループ）
電話番号　（０６）６６４７－０６５４

①　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

②　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

③　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

④　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑬　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑭　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑪　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑤　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑫　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑥　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑦　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑨　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑧　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

⑩　　年　　月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円　受診者氏名

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担額累積額（月額）
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円
月　日（　）		円	円	円

上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
月　日	

様式第６号

収入等に係る申立書（上位所得等）

年　　月　　日

大阪市長　あて

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者番号(新規申請の場合は記入不要)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。

記

以下の該当する欄に○付けてください。

【所得証明を提出しない場合（上位所得）】

〔　　〕	世帯の課税額等を確認できる書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「Ⅵ」（上位所得）となることを了解します。

【児童福祉施設入所中の児童等について施設長が申請する場合】

〔　　〕	施設長等については、給与所得及び年金・手当等の収入がないことを申し立てます。

※年金・手当等とは、地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入金額以外の、次の障がい年金等や特別児童扶養手当等をいいます。

○障がい年金等

障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付　等

○特別児童扶養手当等

特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当

※児童福祉法第 19 条の 6 第 1 項第 3 号及び児童福祉法施行令第 22 条の 2 の規定により、虚偽の申請があった場合は支給認定を取り消すことがあります。

様式第7号

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証

公費負担者番号		受給者番号		
受診者	氏　名		生 年 月 日	
	住　所			
	保 険 者			
	記号及び番号		適用区分	
疾 病 名				
保護者	氏　名		続 柄	
	住　所			
指定医療機関名				
負担	自己負担上限月額		階 層 区 分	
	入院時食事療養費自己負担		高額かつ長期	
	人工呼吸器等装着		重症患者認定	
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有 効 期 間				

上記のとおり認定する。

大 阪 市 長

（※医療機関の方へ）
この証は、指定医療機関（病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション）において、受診者本人の認定された疾病に関する治療以外には使用できませんのでご注意ください。

注意事項

1　この証を交付された方は、標記の疾病について保険診療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限月額までを医療機関に対して支払うことになります。

2　本事業の対象となる医療は、この証の表面に記載された疾病及び当該疾病に附随して発現する傷病に対する医療に限られています。

3　診察を受ける際には、その都度、本医療受給者証、加入医療保険の資格情報、自己負担上限額管理票を指定医療機関(病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション)に必ず提示してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに大阪市長にその旨を届け出てください。
　また、市外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、速やかにこの証の写しを転出先の都道府県知事（市長）に提出してください。

5　治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに大阪市長に返還してください。

6　この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、大阪市長にその旨を届け出てください。

7　この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行ってください。

8　その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡してください。

１　この処分について不服がある場合は、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箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。
２　この処分については、上記１の審査請求のほか、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箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
　なお、上記１の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６箇月以内に提起することができます。
３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【指定医療機関に対するお願い】

　小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

大阪市保健所管理課保健事業グループ
〒545-0051
大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
電話(06)6647-0654

様式第8号

大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証 記載事項変更届

受診者	ふりがな		生年月日	年　月　日	受給者番号	
	氏　名					

該当する項目を〇で囲み、変更内容を記載してください。

					必要書類
					・【全共通】医療受給者証の写し
氏名	受診者氏名	変更後の内容			
	保護者氏名				
住所	受診者住所	変更後の内容	〒　－ 大阪市　区		
	保護者住所				
疾病の変更・追加	変更	変更前		変更後	・小児慢性特定疾病医療意見書
	追加				

		変更前	変更後	
受診者が加入する医療保険	被保険者氏名			
	保険種別	被用者保険　・　国民健康保険	被用者保険　・　国民健康保険	被用者保険の場合 ・世帯調書（**被保険者の変更時のみ**） ・受診者及び被保険者の医療保険の資格情報が確認できる資料（受診者分に被保険者名の記載あれば被保険者分は省略可能） ・課税証明書（被保険者が非課税の場合のみ） 国民健康保険の場合 ・世帯調書 ・住民票上の世帯全員の医療保険の資格情報が確認できる資料 ・同意書裏面の課税証明書（業種別国民健康保険の場合のみ）
	保険者		保険者名称	
			保険者番号	
	記号番号		記号	
			番号	
	保険加入世帯員（国保のみ）	氏名（　　）	氏名（　　）	
		氏名（　　）	氏名（　　）	
		氏名（　　）	氏名（　　）	
		氏名（　　）	氏名（　　）	
		氏名（　　）	氏名（　　）	

自己負担上限月額の特例 ＊該当する項目に〇印 （新しい自己負担上限月額は原則、変更申請日の翌月1日から適用となります。）	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 ・医療意見書別紙（重症患者認定意見欄に記載があるもの）
	人工呼吸器等装着者	承認疾病によって継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている方			・医療意見書別紙（人工呼吸器等装着証明添付書類欄に記載があるもの）
	高額かつ長期	申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費総額が５万円を超える月が６回ある場合			・上限額管理票の写し ・医療費領収書の写し （上限額管理票のみで金額確認できる場合は省略可能）
	世帯内按分特例	同一医療保険の世帯内に、指定難病又は小児慢性特定疾病の認定者（申請中含む）がいる場合			・按分対象者の医療受給者証の写し（削除する場合は不要）
		追加・削除	氏名（　　）受給者番号（　　）	□指定難病 □小児慢性	
			氏名（　　）受給者番号（　　）	□指定難病 □小児慢性	
階層区分	税の修正申告等により市民税額や収入額に変更が生じた場合等で、階層区分の再判定を希望する場合				・算定対象者の状況により異なるため詳しくはお尋ねください。
医療受給者証再交付	理由	紛失　・　汚損　・　その他			
小児慢性特定疾病児手帳交付	理由	追加交付希望　・　紛失　・　汚損			

＊新しい医療受給者証の保護者欄には、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（様式第1号）に記載された申請者の情報が反映されます（ただし、申請者が成年患者である場合は空欄となります）。
＊医療受給者証の記載内容に変更が生じない場合は、新たな医療受給者証の交付はありません。

R070401

様式第9号

大阪市小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

大　阪　市　長　様

次のとおり小児慢性特定疾病医療費を申請します。また、支給の決定に際し、
医療機関・保険者・他の公費制度を所管する公的機関に必要な公簿を照会・閲覧されることに同意します。

以下、太枠内を記入してください。　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者（患者）</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td><td rowspan="2">受診者との続柄</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td colspan="10">〒　　－</td></tr>
<tr><td colspan="10">□ 受診者と同じ　　電話番号（　　）　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">送金用振替口座</td><td rowspan="2">銀行名</td><td colspan="3">銀行</td><td>預金種目
（どちらかに○）</td><td colspan="5">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td colspan="3">支店</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義
（申請者名義の口座）</td><td>ふりがな</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>氏　　名</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

※記入上の注意

1．この申請書は小児慢性特定疾病医療受給者証により医療機関に受診された方で、その月に支払った一部負担額の合計が月額自己負担上限額を超えて支払った方のみ提出してください。

2．保険点数の記載がある領収書の原本を、すべての医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）について添付してください。領収書の返却を希望される方は、その旨を明記してください。

3．領収書がない場合は、医療機関において小児慢性特定疾病医療費証明書を作成してもらってください。
（証明書の文書料・手数料については請求者の負担になりますのでご了承ください。）

4．該当月の上限額管理票の写しを添付してください。

5．太枠内のみ記入してください。

◆償還払い申請書類の送付先◆

〒545-0051　大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
大阪市保健所管理課保健事業グループあて　　電話　(06)6647-0654

受付印

≪大阪市処理蘭≫

医療費決定額 ※記入不要	百万	十万	万	千	百	十	円

様式第10号

○この用紙は医療機関・薬局・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝごとに記入してもらってください。
○証明が３か月を超える場合や複数の医療機関・薬局等で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてください。

大阪市小児慢性特定疾病医療費証明書

受給者番号								月額自己負担上限額	円
受給者氏名								生年月日	年　月　日
住　所	大阪市　区								
有効期間	年　月　日から　年　月　日まで								

診療年月		診療実日数		対象医療費及び一食単価	患者負担額
年　月分	入院	日		円	円
		食		円	円
	通院	日		円	円
	薬局	日		円	円
	訪問看護	日		円	円
年　月分	入院	日		円	円
		食		円	円
	通院	日		円	円
	薬局	日		円	円
	訪問看護	日		円	円
年　月分	入院	日		円	円
		食		円	円
	通院	日		円	円
	薬局	日		円	円
	訪問看護	日		円	円

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費に係る患者負担額を領収したことを証明します。

年　月　日

医療機関（薬局・訪看ST）コード

医療機関名

代表者

所在地

※小児慢性特定疾病医療費の証明は、大阪市小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。