

## 大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要領

大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱第 16 の 8 に規定する要領で定める支給認定に係る各種様式は次のとおりとする。

|    |                       |          |
|----|-----------------------|----------|
| 1  | 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書    | 様式第 1 号  |
| 2  | 小児慢性特定疾病医療意見書別紙       | 様式第 2 号  |
| 3  | 世帯調書                  | 様式第 3 号  |
| 4  | 重症患者認定申請書             | 様式第 4 号  |
| 5  | (市民税額等の閲覧に関する) 同意書    | 様式第 5 号  |
| 6  | 収入等に係る申立書 (上位所得等)     | 様式第 6 号  |
| 7  | (高額療養費の適用区分に関する) 同意書  | 様式第 7 号  |
| 8  | 小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届 | 様式第 8 号  |
| 9  | 小児慢性特定疾病医療費請求書        | 様式第 9 号  |
| 10 | 小児慢性特定疾病医療費証明書        | 様式第 10 号 |
| 11 | 小児慢性特定疾病医療受給者証        | 様式第 11 号 |
| 12 | 小児慢性特定疾病医療自己負担上限額管理票  | 様式第 12 号 |

附 則

この要領は、平成27年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年6月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年7月18日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年11月13日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年3月14日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年11月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年9月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から適用する。
- 2 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、令和4年7月1日から施行する。
- 2 改正前の要領による様式については、当分の間、改正後の様式によるものとみなす。

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<br>(お持ちの方のみ) |                               |                               |                                |                                |    |  |  |
|                                                          | 氏名                                                               |                                                                |               | 生年月日               | 年                             | 月                             | 日                              | (                              | 歳) |  |  |
|                                                          | 住所                                                               | 〒                                                              | 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<br>(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）                      |               |                    |                               |                               |                                |                                |    |  |  |
|                                                          | 被保険者証発行機関名                                                       | 名称                                                             |               |                    | 被保険者証記号・番号                    | 記号                            |                                | 番号                             |    |  |  |
| 疾病名                                                      |                                                                  |                                                                |               |                    |                               |                               |                                |                                |    |  |  |
| 受診指定医療機関<br><small>対象疾病のため主に利用する医療機関1箇所を記載してください</small> | 名称                                                               |                                                                |               |                    | 所在地                           |                               |                                |                                |    |  |  |
|                                                          | 重症患者認定                                                           | 重症患者認定基準を満たしている方                                               |               |                    |                               | <input type="checkbox"/> 該当する |                                | <input type="checkbox"/> 該当しない |    |  |  |
| 自己負担上限月額の特例                                              | 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る、日常生活動作が著しく制限されている方 |               |                    |                               | <input type="checkbox"/> 該当する |                                | <input type="checkbox"/> 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     |               |                    |                               | <input type="checkbox"/> 該当する |                                | <input type="checkbox"/> 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                |               |                    |                               | <input type="checkbox"/> 該当する |                                | <input type="checkbox"/> 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                    |                                |    |  |  |
| 更新申請                                                     | 小児慢性特定疾病児童手帳の再交付について<br>(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) |                                                                |               |                    | <input type="checkbox"/> 希望する |                               | <input type="checkbox"/> 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                     |                               |                                |                                |    |  |  |

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を閲覧又は照会されることに同意します。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<br><input type="checkbox"/> 申請者住所<br><input type="checkbox"/> 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 |      |
|             | 申請者の個人番号確認書類 | 高額かつ長期（有 ・ 無） 世帯内按分（有 ・ 無） |      |        |      |          | 済 ・ 未 |      |
| 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           | 医追                         | ホ切   |        |      |          |       |      |
|             | ～            |                            |      |        |      |          |       |      |

保健福祉センター受付印

## 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

厚生労働大臣 殿

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。

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、以下も記名してください。

患者氏名

代理人氏名

### <医療意見書の研究利用に関するご説明>

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を目指し、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、医療に要する費用を支給しています。

この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用す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」とともに本市へ提出してください。

なお、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。

### ○個人情報保護について：

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる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としております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

また、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。

(提供先について)

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市、中核市、**児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）**
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

### ○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。（なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou\\_kenkyu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html)

### ○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は臨床調査個人票（医療意見書）に記載された項目となります。臨床調査個人票（医療意見書）については、以下の URL をご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報提供されません。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

### ○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

(※) 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いたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について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、申請受理日となります。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、申請受理日が有効期間の始期となります。
- ③ やむを得ない事情のある場合は、申請書類のみを提出いただいた日を申請受理日とすることが可能です。医療意見書等その他の必要書類については速やかに提出してください。
- ④ 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でください。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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。受診医療機関については、申請日からの適用となります。自己負担上限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。

(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、<br>どちらかに○印記載<br>人工呼吸器 ・ 体外式補助人工心臓等 |

○療育指導連絡票

|              |                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------|
| 療養・療育        | 療養上の問題点等<br>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                                                      |

○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、「○記入欄」に○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                                                                                             | ○記入欄                                                                                                                 |
| 眼                                                                         | 眼の機能に著しい障がいがあるもの                                                                                      | 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があるもの                                                                                      | 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があるもの                                                                                    | 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があるもの                                                                               | 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの                                                                                                 |
|                                                                           | 一上肢の機能に著しい障がいがあるもの                                                                                    | 両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの<br>一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの<br>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があるもの                                                                                    | 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があるもの                                             | 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があるもの |
| 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                                                                                       | ○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

○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）<br>（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<br>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<br>○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助<br>○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助<br>○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助<br><br>※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動<br><br>【評価基準】<br>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<br>2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間<br>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。<br><br>年 月 日 医療機関名称<br><br>医師氏名<br>※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)



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○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<br>※受診者本人が被保険者の場合は次のとおり<br>受診者が18歳未満 … 保護者のうち収入の高い方<br>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。

(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<br>診<br>者                                                    | ふりがな                                          | 受給者番号<br>(既にお持ちの方のみ記入) |                       |   |        |
|                                                                | 氏名                                            | 生年<br>月日               | 年                     | 月 | 日生( 歳) |
| 疾病名                                                            |                                               |                        |                       |   |        |
| 障<br>害<br>等<br>の<br>状<br>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<br>変化を伴う症候群 |   |        |
| 皮膚疾患                                                           |                                               |                        |                       |   |        |
| 骨系統疾患                                                          |                                               |                        |                       |   |        |
| 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。                      |                                               |                        |                       |   |        |

## 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もつもの                                                                                      | 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もつもの                                                                                      | 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もつもの                                                                                    | 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もつもの                                                                               | 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もつもの                                                                                    | 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もつもの                                                                                    | 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もつもの                                             | 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もつもの |
| 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                |

## 同 意 書

大 阪 市 長

私は、小児慢性特定疾病医療支援事業に係る申請にあたり、その認定のために、私及び次の者の市民税課税状況・所得状況及び下記の閲覧項目について、課税台帳等の市民税関係公簿等を閲覧されることに同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

| ふりがな<br>氏 名 | 生年月日 | 続柄 | 住所（申請者と異なる場合） | 備 考 |
|-------------|------|----|---------------|-----|
|             |      |    |               |     |
|             |      |    |               |     |
|             |      |    |               |     |
|             |      |    |               |     |
|             |      |    |               |     |
|             |      |    |               |     |

## 【閲覧項目】 市民税・府民税額、所得金額

所得控除（雑損、医療費、社会保険料、小規模共済等掛金、生命保険料、地震保険料（旧長期損害保険料）、寡婦・寡夫・特別寡婦、勤労学生、障がい者、配偶者・扶養、配偶者特別、基礎）

扶養親族等（控除対象配偶者の有無、特定扶養親族・老人扶養親族・16歳未満（年少扶養親族）・その他扶養親族の人数、特別障がい者・その他障がい者の人数）

本人該当（特別障がい・その他障がい・寡婦・特別寡婦・寡夫・勤労学生の有無）  
事業専従者の区分及び人数、給与額等

年 月 日

(申請者) 住所 大阪市 区

ふりがな  
氏名

※ 閲覧した課税状況等により、小児慢性特定疾病医療支援事業の自己負担限度額を大阪市長が決定します。

## 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】**

|     |                                           |
|-----|-------------------------------------------|
| 〔 〕 | 支給認定児童等については、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。

## 同意書

小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療の給付を受けるにあたり  
必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、  
大阪市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、  
報告を求めることに同意します。

年 月 日

(提出先)大阪市長

【受診者】

住 所

氏 名

受給者番号(すでに医療受給者証をお持ちの方)

【申請者】

住 所

氏 名

(本人との続柄： )

小児慢性特定疾病医療受給者証には、受診者の健康保険証の情報（保険者名、記号、番号、高額療養費の所得区分）が記載されます。

そのうち、高額療養費の所得区分については、大阪市から加入されている健康保険に照会をする必要がありますので、裏面の「同意書」により同意いただきますようお願いいたします。

照会のために必要な書類は、受診者が加入されている健康保険の種別により異なります。

加入されている健康保険からの指示により、後日、追加資料をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

#### 【必要な書類】

##### 大阪市国民健康保険に加入されている方

- 同意書(裏面にあります)

##### 国民健康保険組合（業種別の国保）に加入されている方

- 同意書(裏面にあります)

- 受診者及び受診者と同じ健康保険に加入されている全ての方の、次の①～③のいずれかの書類

（組合員の課税証明書等で扶養親族であると認められる16歳未満の方については原則省略できます。）

- ① 市民税・府民税課税証明書
- ② 市民税・府民税納税通知書兼税額決定(充当)通知書（課税明細書その1、その2も必要）
- ③ 市民税・府民税特別徴収税額の決定・変更通知書(納税義務者用)

##### 被用者保険（全国健康保険協会や会社の健康保険組合、共済組合等）に加入されている方

裏面の同意書は不要ですが、被保険者が市町村民税非課税の場合のみ、次の書類を提出してください。

- 被保険者の①～②のいずれかの書類

- ① 市民税・府民税課税証明書
- ② 市民税・府民税納税通知書兼税額決定(充当)通知書（課税明細書その1、その2も必要）

※課税証明書等は、写しでも結構ですが、加入されている健康保険へ提出するため、文字・数字等が途切れることなく鮮明に写っていることをご確認ください。

※職員による税情報の閲覧等を、課税証明書等の提出の代わりとすることはできませんので、ご了承ください。

次の書類をお持ちの場合は、ご提出いただく書類が異なりますので、お申し出ください。

##### 高額療養費限度額適用認定証をお持ちの場合

- 高額療養費限度額適用認定証の写し

##### 特定疾病療養受療証をお持ちの場合

- 特定疾病療養受療証の写し

## 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○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                                                        | 〒 _____ 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                                            |                                                               |                                                                |               |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
| 受診者が加入する医療保険  |                                               | 変更前                                                           | 変更後                                                            |               |                                                                | 被用者保険の場合<br>・世帯調書（被保険者の変更時のみ）<br>・受診者及び被保険者の健康保険証の写し（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）<br>・課税証明書（被保険者が非課税の場合のみ）<br><br>国民健康保険の場合<br>・世帯調書<br>・住民票上の世帯全員の健康保険証の写し<br>・同意書（様式第7号）<br>・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） |  |
|               | 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                                                 |               |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
|               | 被保険者証発行機関                                     | 被保険者証                                                         |                                                                | 保険者名称         |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
|               |                                               |                                                               |                                                                | 保険者番号         |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
|               | 被保険者証記号番号                                     | 被保険者証                                                         |                                                                | 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（ ）                                                          |                                                                                                                                                                                                           |  |
| 自己負担上限月額の特例   | 重症患者認定                                        | 重症患者認定基準に該当する場合                                               |                                                                |               |                                                                | ・重症患者認定申請書<br>・医療意見書別紙（重症患者認定意見欄に記載があるもの）<br><br>・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）<br><br>・上限額管理票の写し<br>・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）<br><br>・按分対象者の医療受給者証の写し（削除する場合は不要）                            |  |
|               | 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る、日常生活動作が著しく制限されている方 |                                                                |               |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
|               | 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          |                                                                |               |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
|               | 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                    |                                                                |               |                                                                |                                                                                                                                                                                                           |  |
| 追加・削除         |                                               | 氏名（ ）受給者番号（ ）                                                 | <input type="checkbox"/> 指定難病<br><input type="checkbox"/> 小児慢性 | 氏名（ ）受給者番号（ ） | <input type="checkbox"/> 指定難病<br><input type="checkbox"/> 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。

## 大阪市小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

大 阪 市 長 様

次のとおり小児慢性特定疾病医療費（一部自己負担分）を請求します。

|                       |    |    |   |   |   |   |   |
|-----------------------|----|----|---|---|---|---|---|
| 医療費（一部自己負担分）<br>※記入不要 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----------------------|----|----|---|---|---|---|---|

|         |                     |           |                  |         |  |  |  |         |  |  |
|---------|---------------------|-----------|------------------|---------|--|--|--|---------|--|--|
| 受診者     | 氏名                  | 受給者番号     |                  |         |  |  |  |         |  |  |
|         | 住所                  | 〒 ー       |                  |         |  |  |  |         |  |  |
| 請求者     | ふりがな                |           |                  |         |  |  |  | 受診者との続柄 |  |  |
|         | 氏名                  |           |                  |         |  |  |  |         |  |  |
|         | 住所                  | 〒 ー       |                  |         |  |  |  |         |  |  |
|         |                     | 電話番号（ ） ー |                  |         |  |  |  |         |  |  |
| 送金用振替口座 | 銀行名                 | 銀行        | 預金項目<br>(どちらかに○) | 当座 ・ 普通 |  |  |  |         |  |  |
|         |                     | 支店        | 口座番号             |         |  |  |  |         |  |  |
|         | 口座名義<br>(請求者と同一のこと) |           | ふりがな<br>氏名       |         |  |  |  |         |  |  |

送金用振替口座の欄には必ず請求者名義の口座を記入してください。

## ※記入上の注意

- この請求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。
- 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。
- 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。）
- 該当月の上限額管理票の写しを添付してください。
- 太枠内のみ記入してください。

<請求書提出先> 〒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 電話 (06) 6647-0654

○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<br>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<br>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       |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 訪問<br>看護 |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
| 年 月分  | 入院              | 日        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 食        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       | 通院              | 日        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 薬局       |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 訪問<br>看護 |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
| 年 月分  | 入院              | 日        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 食        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       | 通院              | 日        |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 薬局       |  |  | 円               |  |  | 円             |       |
|       |                 | 訪問<br>看護 |  |  | 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。

# 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                                  |        |  |
|                                                                                                                                    | 被保険者証の<br>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。<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 20px;">大阪市長</div> |                                      |        |  |

(※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となります。
- 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、この証に被保険者証または組合員証と自己負担上限額管理票を添えて指定医療機関(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する問い合わせは、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

**大阪市**

**小児慢性特定疾病医療  
自己負担上限額管理票**

山折り

⑦ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

谷折り

⑧ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

山折り

⑨ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

谷折り

⑩ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

山折り

⑪ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

谷折り

⑫ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
| 月 日 |       |     |

\*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、紛失にはご注意ください。

受診者氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

受診者連絡先 (※必要な方はご記入ください)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

〈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)  
電話番号 (06) 6647-0654

谷折り

① 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

山折り

② 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

谷折り

③ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

山折り

④ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

谷折り

⑤ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

山折り

⑥ 年 月分自己負担上限額管理票

| 月額自己負担上限額 |         | 円               |       |                  |              |
|-----------|---------|-----------------|-------|------------------|--------------|
| 日付        | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担額<br>累積額(月額) | 自己負担額<br>徴収者 |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |
| 月 日       |         |                 |       |                  |              |

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 | 確認者 |
|-----|-------|-----|
| 月 日 |       |     |

谷折り