

大阪市子ども難病医療受給者証交付申請書

新規・更新・変更^{注1}

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--|-------|--|--------------------------|----------------------|------------|---------|--|--|--|--|
| 受診者 | ふりがな | | | | | 男・女 | 受給者番号 (既にお持ちの方のみ) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | |
| | 住所 | [][] - [][][][] | | 大阪市 区 | | | 電話番号 | () - | | | | | |
| 受診者の加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | |
| | 保険種別 (いずれかに○) | 国民健康保険組合 (大阪市・業種別) ・ 被用者保険 (全国健康保険協会管掌・組合管掌・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 | 名称 | | | | | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | 所在地 | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | 名称 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | 所在地 | | | | | | | |
| 自己負担上限額の特例 (裏面を参照) | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定 | | | | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 高額かつ長期 | | | | <input type="checkbox"/> | 世帯内按分特例(*) | | | | | | |
| *:今回申請する受診者と同じ世帯内(同じ医療保険の加入者)で、既に子ども難病医療費助成を受けている者、もしくは申請中の者がいる場合は、右欄にその受診者の氏名、受給者番号を記入してください。 | | | | | | | 氏名() 受給者番号() | | | | | | |

上記のとおり、子ども難病医療受給者証の交付を申請します。

大阪市長 様

年 月 日

| | | | |
|------------------------|--|--|---------|
| ふりがな | | | 受診者との続柄 |
| ※申請者氏名 (自署もしくは記名押印) | | | 印 |

申請者の住所及び電話番号が受診者と異なる場合は次の欄へ記入してください。

| | | |
|------|-----------------------|-------|
| 〒 | [][] - [][][][] | 大阪市 区 |
| 電話番号 | () - | |

注1 変更申請にあたっては、受診者欄および申請者氏名を記載をしていただき、別紙「医療受給者証記載事項変更届」へ変更事項の記入および当該変更に関する必要書類を提出してください。

※ 申請者について、次の優先順位に基づき申請してください。

- 1 受診者(児童)が加入している医療保険の被保険者
- 2 受診者(児童)を現に監護している者(1に該当する父または母の一方が単身赴任等により別居している場合等)
- 3 収入の高い者

保健福祉センター受付印

| | | | | | | | |
|--------|----|-----|--------|----|------|---------|-----------|
| 保健所記入欄 | 重症 | 呼吸器 | 高額かつ長期 | 按分 | 階層区分 | 保健師面接 | 済・未済 |
| | | | | | | 重症 | 訪看のみ |
| | | | | | | 意見書「療養」 | おたずね I~IV |

こども難病医療受給者証交付申請書（新規・更新・変更）に際してのご案内

■ こども難病医療受給者証交付申請の手続きについて

1 新規申請

- ① こども難病医療受給者証交付申請書
- ② こども難病医療意見書兼療育指導連絡票（指定医が申請受付日より3か月以内に記載したもの）
*様式は疾患群により異なります。
- ③ 世帯調書
- ④ 受診者と同一の医療保険加入者の市民税額等の課税状況等が確認できる書類（詳しくは下表をご参照ください。）
*④の世帯調書に記載された「児童と同じ医療保険加入者」に該当する方の市民税額等が確認できる書類。
*所得を証明する書類が提出できない場合は、市民税課税状況等を職員が閲覧することの同意書を提出していただく必要があります。
- ⑤ 健康保険証の写し
*④の世帯調書に記載された「児童と同じ医療保険加入者」に該当する方の分が必要です。
- ⑥ 療養生活に関するおたずね

2 更新申請

- 上記①～⑥に加え、⑦の書類が必要になります。
- ⑦ 既に交付されているこども難病医療受給者証の写し

3 自己負担限度額の特例に関する申請

- a 重症患者認定：②こども難病医療意見書兼療育指導連絡票の裏面の重症患者認定意見欄に主治医の記載がある場合のみ申請できます。
- ⑧ 重症患者認定申請書
- b 人工呼吸器等装着：対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器または体外式補助人工心臓等を使用している方
- ⑨ こども難病医療意見書別紙（人工呼吸器等装着者申請時添付書類） *主治医の記載があるもの
- c 高額かつ長期：本制度の受給認定を受けている直近の1年間において、認定を受けている疾病にかかる総医療費が5万円を超える月が6回ある場合。
該当する場合は重症患者認定と同じ自己負担上限額が適用されます。
- ⑩ 上限額管理票の写し
- ⑪ 各月（6回分）の医療費の領収書の写し（自己負担上限額管理票の写しで金額等の確認ができる場合は省略できます。）
- d 世帯内按分：医療保険上の世帯内にこども難病の認定受給者が他にいない方
- ⑫ （該当する他の受診者の）受給者証の写しまたは申請書の写し

4 変更申請

加入医療保険の変更、保険加入世帯員の変更、受診指定医療機関の変更およびこども難病医療受給者証に記載している事項等に変更があった場合は、「こども難病医療受給者証交付申請書」の受診者欄および申請者欄へ記載の上、別紙「こども難病医療受給者証記載事項変更届」に変更箇所を記載の上、必要書類を提出してください。

<こども難病医療費助成事業における自己負担上限月額及び提出する所得を証明する書類等>

| 階層区分 | | 自己負担上限月額 | | | 備考 |
|----------|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------------|---|
| | | * 患者負担割合は2割 | | * 外来、入院、薬代、訪問看護の費用を対象とする | |
| | | 原則 | | | |
| | | 一般 | 重症★ | 人工呼吸器等装着者 | |
| II | 市町村民税 非課税世帯 | 保護者収入800,000円以下の場合 | | 500 | 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)又は 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) *これらの書類がない場合は、市民税課税状況等を職員が閲覧することの同意書を提出していただきます。 |
| III | | 保護者収入800,001円以上の場合 | | | |
| IV | 市町村民税課税以上71,000円未満の場合 | | 5,000 | 2,500 | |
| V | 市町村民税71,000円以上251,000円未満の場合 | | 10,000 | 5,000 | |
| VI | 市町村民税251,000円以上の場合 | | 15,000 | 10,000 | |
| 入院時食事療養費 | | 1 / 2 自己負担額 | | | |

- (1) 市町村民税非課税世帯とは、所得割と均等割のいずれも非課税の世帯となります。
- (2) 市町村民税非課税世帯の場合、保護者の収入（※公的年金等収入金額およびその他の所得金額の合算）により階層区分を決定します。
※80万円以下の場合、保護者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障がい者手当・障がい児福祉手当等の受給が確認できる証書または振込通知書等の写しを ご提出していただく必要があります。
- (3) 市町村民税の均等割のみ課税されている世帯は、階層区分IVの区分となります。
- (4) 階層区分IV・V・VIの区分は、医療保険上の世帯における市町村民税の所得割の額の合算額により決定します。
- ★ 重症患者認定基準に該当する方もしくは受給認定を受けている直近の1年間において、認定を受けている疾病にかかる総医療費が5万円を超える月が6回ある高額かつ長期な治療を要する方

■ 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。（主治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、申請受理日以降となります。更新申請の場合、有効期間内にお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る場合は新規申請となりますので、申請受理日が有効期間の始期になります。
- ③ やむを得ない事情のある場合、申請書を提出いただき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 受給者証が交付されるまでの有効期間内に支払った治療による医療費は、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本市へ請求してください。
- ⑤ 氏名のふりがなは必ず記入してください。
- ⑥ 受給者証を郵送したとき、あて先不明等で返送される場合がありますので、住所はマシヨシ名等や、〇〇様方まで詳しく記入してください。
- ⑦ 受診指定医療機関の欄には、受給者証を使用する全ての病院や院外薬局、訪問看護ステーションを記載してください。

| | | | | | | | | | | |
|--|------------|--------|--|--|-------------|--------------|----|---|----|--|
| 受給者番号 | | | | | 新規 | ・ | 継続 | ・ | 再開 | |
| 患者 | ふりがな | | | | 男 ・ 女 | 年 月 日生(満 歳) | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| 発病 | 年 月頃 | | | | 初診日 | 年 月 日 | | | | |
| 疾患群 | 01 血液疾患 | 疾病名 | | | ICD () | | | | | |
| 治療 見込 期間 | 入院 | 年 月 日~ | | | | 年 月 日 | | | | |
| | 通院 | 年 月 日~ | | | | 年 月 日(年・月 回) | | | | |
| 現在の症状: 該当するものに をつけ、必要な場合は自由記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 発熱(有、無)、鼻出血(有、無)、関節痛(有、無)、易感染症(有、無) | | | | | | | | | | |
| 血尿(有、無)、貧血(有、無)、黄疸(有、無)、発疹(有、無) | | | | | | | | | | |
| 出血斑(有、無)、脾腫(有、無)、腫瘤(有、無)、血管腫(有、無) | | | | | | | | | | |
| その他() | | | | | | | | | | |
| 診断の根拠となった主な検査等の結果(数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) | | | | | | | | | | |
| 該当するものに をつけ、必要な場合()に記載してください。 | | | | | | | | | | |
| Hb (g/dl)、RBC ($\times 10^4 / \mu l$)、Ht (%)、Plt ($\times 10^4 / \mu l$) | | | | | | | | | | |
| WBC (/ μl 、好中球 %、好酸球 %、リンパ球 %、単球 %) | | | | | | | | | | |
| 網赤血球 (‰)、出血時間 (分)、PT (秒)、APTT (秒) | | | | | | | | | | |
| 第因子 (%)、第因子 (%)、血清間接ビリルビン (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| LDH (IU/l)、BUN (mg/dl)、直接Coombs試験 (+・-) | | | | | | | | | | |
| IgG (mg/dl)、IgA (mg/dl)、IgM (mg/dl) | | | | | | | | | | |
| PA-IgG (ng/10 ⁷ cells)、フェリチン (ng/ml)、Fe ($\mu g/dl$) | | | | | | | | | | |
| 白血球機能検査: 未実施、実施(所見) | | | | | | | | | | |
| 血小板機能検査: 未実施、実施(所見) | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査: 未実施、実施(所見) | | | | | | | | | | |
| 骨髄検査: 未実施、実施(所見) | | | | | | | | | | |
| その他の現在の主な所見等: 合併症(無、有) | | | | | | | | | | |
| 経過(これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) | | | | | | | | | | |
| 血栓症の既往: 無、有 | | | | | | | | | | |
| 入院加療を要する感染症: 無、有(年3回以上、3回未満、年間延べ3か月以上) | | | | | | | | | | |
| (1つに 印: 治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能) | | | | | | | | | | |
| 今後の治療方針・内容等 | | | | | | | | | | |
| 薬物療法: | | | | | | | | | | |
| 食事療法: | | | | | | | | | | |
| 該当する治療法に 印: 補充療法、G-CSF療法、除鉄剤、抗凝固療法、ステロイド薬、免疫抑制薬、抗腫瘍薬、再発予防法、造血幹細胞移植、腹膜透析、血液透析 | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| 療養・療育 | 療養上の問題点等 欄外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） |
| 上記の通り診断、連絡する 年 月 日 | 医療機関コード 医療機関所在地 〒 医療機関名称 医師氏名（自署もしくは記名押印） |
| | 印 印 |

【重症患者認定意見欄】 重症患者認定を受けるためには、重症患者認定申請が必要です。
次の もしくは 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、下欄に自署もしくは記名押印してください。

| こども難病指定疾病を主たる要因として、下記に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(概ね6か月以上)継続す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 | 一上肢の全ての指の機能を全く廃したもの |
| 下肢 | 一上肢の機能に著しい障がいがあるもの | 一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの |
| | 一上肢の機能に著しい障がいがあるもの | 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 |
| に該当しない場合であって、各疾患群に関して次の項目に該当する場合 | | |
| 疾患群 | 該当項目 | 記入欄 |
| 神経・筋疾患 | 発達・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 | |
| 上記の通り診断する | 医師氏名 | 印 |
| （重症患者認定意見欄に記入した場合は必ず自署もしくは記名押印してください） | | |

こども難病医療費助成事業日常生活用具 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)・ネプライザー(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)

| | | |
|-----|----|----|
| 審査欄 | 審査 | 重症 |
| | | |

| 受給者番号 | | 新規・継続・再開 | | | |
|---|--------------|----------|-------------|--------------|--|
| 患者 | ふりがな | 男・女 | 年 月 日生(満 歳) | | |
| | 氏名 | | | | |
| 発病 | 年 月頃 | | 初診日 | 年 月 日 | |
| 疾患群 | 02 神経・筋疾患 | 疾病名 | ICD() | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日～ | | 年 月 日 | |
| | 通院 | 年 月 日～ | | 年 月 日(年・月 回) | |
| 現在の症状：該当するものにつけ、必要な場合は自由記載してください。 | | | | | |
| 「神経疾患」 小頭症：無、有(頭囲 cm)、けいれん発作：無、有() | | | | | |
| 自閉傾向：無、有()、意識障害：無、有() | | | | | |
| 異常行動：無、有(自傷行為、多動)、精神遅滞：無、有(軽、中、重) | | | | | |
| 運動障害：無、有(歩行可、座位可、寝たきり)、皮膚所見：無、有(白斑、発汗欠如) | | | | | |
| 呼吸異常：無、有()、体温調節異常：無、有() | | | | | |
| 温痛覚の低下：無、有()、骨折・脱臼：無、有() | | | | | |
| シャント：無、有() | | | | | |
| 「筋疾患」 筋緊張低下：無、有(程度) | | | | | |
| 診断の根拠となった主な検査等の結果(数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものにつけ、必要な場合()に記載してください。 | | | | | |
| 「神経疾患」 発達・知能指数：未実施、実施(歳時、数値) | | | | | |
| 脳波：(歳時、所見) | | | | | |
| CTまたはMRI：未実施、実施(所見) | | | | | |
| 血清麻疹抗体価上昇：無、有、未実施 | | | | | |
| 髄液麻疹抗体検出：無、有、未実施 | | | | | |
| 発汗テスト：未実施、実施(方法： 、所見) | | | | | |
| 「筋疾患」 発達・知能指数：未実施、実施(数値) | | | | | |
| 筋生検：未実施、実施(所見) | | | | | |
| 筋電図：未実施、実施(所見) | | | | | |
| 血清CK：未実施、実施(IU/l) | | | | | |
| 血清乳酸：未実施、実施(mg/dl) | | | | | |
| CTまたはMRI：未実施、実施(所見) | | | | | |
| その他の現在の主な所見等：合併症(無、有) | | | | | |
| 経過(これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) | | | | | |
| (1つに印：治療、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能) | | | | | |
| 今後の治療方針・内容等 | | | | | |
| 薬物療法： | | | | | |
| 食事療法： | | | | | |
| 該当する治療法に印：強心薬、利尿薬、経管栄養、中心静脈栄養、人工呼吸管理、酸素療法、気管切開管理 | | | | | |

| | |
|---------------------------|--|
| 療養・療育 | 療養上の問題点等 欄外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） |
| 上記の通り診断、連絡する 年 月 日 | 医療機関コード 医療機関所在地 〒 医療機関名称 医師氏名（自署もしくは記名押印） |
| | 印 印 |

【重症患者認定意見欄】 重症患者認定を受けるためには、重症患者認定申請が必要です。
次の もしくは 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、下欄に自署もしくは記名押印してください。

| こども難病指定疾病を主たる要因として、下記に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(概ね6か月以上)継続す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 | |
| | 一上肢の機能に著しい障がい有するもの | 一上肢の全ての指の機能を全く廃したもの | |
| 下肢 | 一上肢の機能に著しい障がい有するもの | 一上肢の上腕の2分の1以上で欠くもの | |
| | 一上肢の機能に著しい障がい有するもの | 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有するもの | 両下肢の用を全く廃したもの | |
| 下肢 | 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 | |
| に該当しない場合であって、各疾患群に関して次の項目に該当する場合 | | | |
| 疾患群 | 該当項目 | | 記入欄 |
| 神経・筋疾患 | 発達・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 | | |
| 上記の通り診断する | 医師氏名 | | 印 |
| (重症患者認定意見欄に記入した場合は必ず自署もしくは記名押印してください) | | | |

こども難病医療費助成事業日常生活用具 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(発作等により頻りに転倒する者(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)・ネプライザー(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)

| | | |
|-----|----|----|
| 審査欄 | 審査 | 重症 |
| | | |

世帯調書

| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 (年齢) | 受診者と 同じ医療 保険加入者 (※) | 備考 |
|-----------------------|--------------------|-----|----------------------|------------------------------|----|
| 受診者と同じ住民票の全世帯員 | (受診者氏名) | 本人 | H . . 年齢 () | / | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| 受診者と同じ医療保険に加入する上記以外の者 | | 本人の | S H . . 年齢 () | <input type="checkbox"/> | |
| | (住所) 〒 □□□□ - □□□□ | | | | |

【記載上の注意】

※ 「受診者と同じ医療保険加入者」とは・・・
 国民健康保険(大阪市、業種別)の場合、受診者と同一の保険に加入している方**全員**です。
 被用者保険(全国健康保険協会管掌、組管掌、共済)の場合、**被保険者のみ**です。

| |
|-------------|
| 保健福祉センター確認欄 |
| |

※調書の記載内容については、保健福祉センター職員が住民基本台帳と照合します。

大阪市こども難病医療受給者証 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】こども難病医療受給者証の写し | | | | | |
| 受診者の氏名 | ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者の住所 | 住所 | 〒 | | - | | 大阪市 | | 区 | | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | - | | | | | | | | | | | |
| 疾病の変更・追加 <small>*該当する方へ○印</small> | 変更前 | | | 変更後 | | | | | | ・こども難病医療意見書兼療育指導連絡票 | | | | | |
| | 追加 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者の加入医療保険の変更 <small>*変更後の内容を記載してください。</small> | 被保険者氏名 | | | | 受診者との続柄 | | | | | | ・健康保険証の写し ・世帯調書 | | | | |
| | 保険種別 | 被用者保険 (全国健康保険協会、組合健保、共済等) | | | 国民健康保険 (大阪市、業種別) | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証発行機関 | 名称 | 被保険者証番号 | | 記号 | 番号 | | | | | | | | | |
| 自己負担限度額の変更 ①・②・③・④・⑤ <small>*該当する番号に○印</small> (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。) | ① | 被用者保険 | 変更前 (被保険者氏名) | | 続柄 | | | | ・世帯調書 ・健康保険証の写し (被用者保険の場合は受診者および被保険者分、国民健康保険の場合は住民票上の世帯全員分) ・市民税額等が確認できる書類等 (保険種別・課税状況等により異なりますので、詳しくはお尋ねください) | | | | | | |
| | | 国民健康保険 | 変更後 (被保険者氏名) | | 続柄 | | | | | | | | | | |
| | ② | 重症患者認定 | 重症患者認定基準に該当する場合 | | | | | | | | | | | | |
| | | ③ | 人工呼吸器等装着 | 現在お持ちのこども難病医療受給者証に記載されている病名によって継続して常時、生命維持管理装置 (人工呼吸器、体外式補助人工心臓) 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 | | | | | | | | | | | |
| | | ④ | 高額かつ長期 | 本制度の受給認定を受けている直近1年間において、医療費総額が5万円を超える月が6回ある場合 | | | | | | | | | | | |
| | | ⑤ | 世帯内按分特例 | 受診者と同じ世帯内 (同じ医療保険の加入者) で、こども難病の医療費助成を受けているもしくは申請中の者がいる場合 こども難病 氏名 () 受給者番号 () | | | | | | | | | | | |
| 他の医療助成の変更 | 追加 | | | 削除 | | | | ・他の医療助成の受給者証の写し | | | | | | | |
| 受診指定医療機関 <small>(新しい医療機関は変更申請日から適用となります。)</small> | 名称 | 追加・削除 | | | | | | / | | | | | | | |
| | 所在地 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証再交付 | 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

*受給者証再交付については、必要書類はありません。

*薬局の追加のみの場合と、医療機関 (薬局含む) の削除のみの場合、新たな受給者証の交付はありません。

(大阪市子ども難病医療費助成事業用)

重症患者認定申請書

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|------------------|--------------|
| 受 診 者 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 大阪市 | 区 | 電話番号 () - |
| | 受給者番号 (既にお持ちの方のみ記入) | | | 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 | | 基 準 | | |
| | 眼 | | 神経・筋疾患 | | |
| | 聴 器 | | / | | |
| | 上 肢 | | | | |
| | 下 肢 | | | | |
| | 体幹・脊柱 | | | | |
| 肢体の機能 | | | | | |
| 添付する証明書類 (該当するものに) | 1. 子ども難病医療意見書 | | 2. 身体障がい者手帳の写 (1、 2 級) | | |
| | 3. 障害年金証書の写 | | 4. その他 | | |
| 上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 | | | | | |
| 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | |
| (ふりがな) | | | | | |
| 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) | | | | 受診者との続柄 印 () | |
| 申請者電話番号 () - | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 大 阪 市 長 | | | | | |
| 【重症患者認定の申請について】 | | | | | |
| 1. 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。 | | | | | |
| 2. 重症患者の申請の際には、この申請書のほか、子ども難病医療意見書兼療育指導連絡票が必要となります。 | | | | | |
| 3. 受給者が身体障がい者手帳 (1、 2 級) もしくは障害年金証書をお持ちの場合は、その写しを提出してください。 | | | | | |
| 4. 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。 | | | | | |

こども難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こども難病医療意見書兼療育指導連絡票の裏面に記入してもらってください。

こども難病医療費助成事業に定めのある疾病を主たる要因として、下記に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間（概ね6か月以上）継続す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も有するもの | 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も有するもの | 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も有するもの | 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も有するもの | 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も有するもの | 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も有するもの | 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も有するもの |
| 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 |

に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

| 疾患群 | 該当項目 |
|--------|---------------------------------------|
| 神経・筋疾患 | 発達・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 |

| 大阪市子ども難病医療受給者証 | | | |
|----------------------------------|----|------|--|
| 公費負担者番号 | | | |
| 受給者番号 | | | |
| 受診者 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| | 性別 | 生年月日 | |
| 疾病名 | | | |
| 保険者 | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | |
| 有効期間 | | ～ | |
| 月額自己負担限度額 | | 階層 | |
| 入院時食事療養費 | | 重症認定 | |
| 指定医療機関名 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 上記のとおり認定する。 年 月 日 大阪市長 | | | |

子ども難病医療費助成事業

(目的)
完治困難な慢性疾患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を図るため、当該疾患にかかる医療の給付その他の事業を行うことを目的としています。

(注意事項)

- この受給者証を交付された方は、標記の疾患について保険診療を受けた場合、この受給者証の表面に記載された金額を限度とする患者一部自己負担額（なお、「一部自己負担無」と記載されている場合は、一部負担はありません。）を指定医療機関（病院、保険薬局、訪問看護ステーション）に対して支払うこととなります。
なお、本事業が利用できるのは受給者証に記載されている指定医療機関と、大阪府下の保険薬局となります。
- 本事業の対象となる医療は、受給者証交付に際して承認された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証又は組合員証に添えて、この受給者証と自己負担上限額管理票を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関等に変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。
- 治癒、死亡、市外転出等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに市長に返還してください。
- この受給者証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、市長にその旨を届け出てください。
- 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きを行って下さい。
- その他子ども難病医療費助成事業にかかる御不明の点は、次の【連絡先】にお問合せください。

【連絡先】
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



療養生活に関するおたずね



新規申請者用（大阪市）

この用紙は、小児慢性特定疾病医療受給者証・こども難病受給者証の交付申請をされるお子さんやご家族の状況をおたずねするものです。今後の療養生活支援に活用させていただきますので、あてはまる内容に○印またはご記入いただき、申請手続き書類とともにご提出ください。

記入者（母・父・その他（ ））

申請年月日（ 年 月 日）

| | | | | | |
|-------|------|----------------|---------|------------------------------|----|
| 受給者氏名 | ふりがな | 生年月日 男 女 | H 年 月 日 | 住所 | 病名 |
| | | | (歳 か月) | 区 電話 自宅 () 昼間の連絡先 () | |

1. この病気の症状に気がついたのは、いつ頃ですか。

()年 ()月頃 ()歳()か月

そのときの症状について、お書きください。

2. 初めて診断を受けたのは、いつ頃ですか。

()年 ()月頃 ()歳()か月

その医療機関はどこですか。

病院・医院 科

3. 病気についての説明を十分うけましたか。

() 受けた () 受けていない

どなたが聞かれましたか(母 ・ 父 ・ 本人 ・ その他)

内容

4. 入院したことはありますか。

() ない () ある

入院期間

年 月 ~ 年 月
年 月 ~ 年 月

5. 手術を受けたことがありますか。

() ない () ある () 年 () 月頃

内容

6. 申請疾病以外で、治療中の病気などがありますか。

() ない () ある

病名等

7. 身体障がい者手帳や療育手帳はお持ちですか。

() ない () ある

- ・身体障がい者手帳 ()年()月取得 ()級・申請中
- ・療育手帳 ()年()月取得 (A・B1・B2)申請中

8. 患者会に入会されていますか。

() 入会していない

() 入会している

裏面にもご記入をお願いします

. 病気や療養生活に関して、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：運動や食事の制限、内服や自己注射、本人への説明、家族や周囲の協力体制など

. 病気や療養に関すること以外に、子育てや社会生活でお困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：体重や身長伸び、発達、離乳食や食事、排泄、予防接種、子どもとの接し方、保育所や幼稚園・学校での過ごし方、進学・進級に関する事など

. 養育者やご家族のことで、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：養育者自身の健康、きょうだいの関わりなど

に使用されていますか。

いいえ () はい

1. 気管切開 (年 月開始)
2. 人工呼吸器 (年 月開始)
3. 24時間持続在宅酸素療法
4. 胃ろう
5. その他 ()

ご記入ありがとうございました。内容によっては、保健福祉センターからご連絡させていただくことがあります。

ご了承ください。

H27年1月改訂



この用紙は、小児慢性特定疾病医療受給者証・こども難病受給者証の交付申請をされるお子さんやご家族の状況をおたずねするものです。今後の療養生活支援に活用させていただきますので、あてはまる内容に○印またはご記入いただき、申請手続き書類とともにご提出ください。

記入者〔 母 ・ 父 ・ その他（ ） 〕 申請年月日（ 年 月 日）

| | | | | | | |
|-------|------|----------------|--------------------|------------------------------------|----|--|
| 受給者氏名 | ふりがな | 生年月日 男 女 | H 年 月 日 (歳 か月) | 住所 区 電話 自宅 () 昼間の連絡先 () | 病名 | |
| | | | | | | |

お子さんの体調や療養生活に関して、この1年で変わったことはありますか。

() ない () ある 例：症状が重くなった、入院や手術をした、医療機関が変わった、身体障がい者手帳・療育手帳を取得したなど

病気や療養に関すること以外に、子育てや社会生活についてお困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：体重や身長の伸び、発達、離乳食や食事 排泄、予防接種、子どもとの接し方、保育所や幼稚園・学校での過ごし方、進学・進級に関する事など

病気や療養生活に関して、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：運動や食事の制限、内服や自己注射、本人への説明、家族や周囲の協力体制など

養育者やご家族のことで、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：養育者自身の健康、きょうだいの関わりなど

* 医療機器を使用されていますか。

- () いいえ () はい
1. 気管切開 (年 月開始)
 2. 人工呼吸器 (年 月開始)
 3. 24時間持続在宅酸素療法
 4. 胃ろう
 5. その他 ()

こども難病医療費請求書

年 月 日

大 阪 市 長 様

次のとおりこども難病医療費助成事業にかかる医療費（一部自己負担分）を請求します。

| | | | | | | | |
|----------------------|----|----|---|---|---|---|---|
| 医療費（一部自己負担分） 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 | 〒 - | | | | | | |
| 請 求 者 | ふりがな | | | | | | 受診者との 続柄 | |
| | 氏 名 | 印 | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 - | | | | | | |
| | | 電話番号 () - | | | | | | |
| 送 金 用 振替口座 | 銀 行 名 | 銀行 | 預金項目 (どちらかに) | 当座 ・ 普通 | | | | |
| | | 支店 | 口座番号 | | | | | |
| | 口座名義 (請求者と同一のこと) | ふりがな 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

- この請求書はこども難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。
- 領収印、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、医療機関においてこども難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。

様式第9号

大阪市こども難病医療費証明書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|----|----------|---|--|--|-----------------|---------------|--|---|-------|---|---|--|--|-----|--|--|
| 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 | | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | |
| | | | 訪問 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 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 看護 | | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | |

上記のとおり、こども難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

印

所在地

こども難病医療費の証明は、大阪市こども難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。

年 月 日

大阪市こども難病医療費助成事業 指定医療機関指定申請書

大 阪 市 長

所 在 地

名 称

開設者又は
代表者氏名

印

次のとおり、大阪市こども難病医療費助成事業医療機関の指定を申請します。

| | |
|----------------|---|
| ふりがな | |
| 名 称 | |
| ふりがな | |
| 所 在 地 | 〒 |
| ふりがな | |
| 開設者又は 代表者氏名 | |
| 電 話 番 号 | |
| 医療機関コード | |

(届出先) 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
(あべのメディックス 10 階)
電話 06 - 6647 - 0654
FAX 06 - 6647 - 0803

大大保第 号
年 月 日

大阪市こども難病医療費助成事業 指 定 医 療 機 関 指 定 書

大 阪 市 長

年 月 日付けで申請のあった大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、次のとおり指定します。

記

| | |
|------------------------|--|
| 名 称 | |
| 所 在 地 | |
| 開 設 者 又 は 代 表 者 氏 名 | |
| 指 定 年 月 日 | |
| 医 療 機 関 コー ド | |

年 月 日

大阪市こども難病医療費助成事業 指定医療機関指定申請却下通知書

大 阪 市 長

年 月 日付けで申請のあった大阪市こども難病医療費助成事業指定医療機関の指定について、次のとおり却下することを通知します。

記

| | |
|------------------------|--|
| 名 称 | |
| 所 在 地 | |
| 開 設 者 又 は 代 表 者 氏 名 | |
| 却 下 の 理 由 | |
| 医療機関コード | |

年 月 日

大阪市子ども難病医療費助成事業 指定医療機関変更・辞退届

大 阪 市 長

所 在 地

名 称

開設者又は
代表者氏名

印

(いずれかに○をしてください。)

1 指定医療機関を辞退します。

| | |
|------|--|
| ふりがな | |
| 名 称 | |

2 次のとおり変更します。

| | 変 更 前 | 変 更 後 |
|------------------------|-------|-------|
| ふりがな | | |
| 名 称 | | |
| ふりがな | | |
| 所 在 地 | 〒 | 〒 |
| ふりがな | | |
| 開 設 者 又 は 代 表 者 氏 名 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| 医療機関コード | | |

(届出先)

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

(あべのメディックス 10階)

電話 06-6647-0654

FAX 06-6647-0803