

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	[] [] [] - [] [] [] []		電話番号	() - ()						
大阪市		区									
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)	重症患者認定				人工呼吸器等装着						
	高額かつ長期				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

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

- こども難病医療受給者証交付申請書
 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。
 世帯調査
 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。）
 * の世帯調査に記載された「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。
 健康保険証の写し
 * の世帯調査に記載された「児童と同じ医療保険加入者」に該当する方が必要です。
 療養生活に関するおたずね

2 更新申請

上記 - に加え、 の書類が必要になります。
 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： 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。
 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
 こども難病医療意見書別紙（人工呼吸器等装着申請時添付書類） * 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。
 上限額管理票の写し
 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る方
 （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		人工呼吸器等装着者	
一般	重症				
市町村民税 非課税世帯	保護者収入800,000円以下の場合	1,250		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。
	保護者収入800,001円以上の場合	2,500			
市町村民税課税以上71,000円未満の場合		5,000	2,500		
市町村民税71,000円以上251,000円未満の場合		10,000	5,000		
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			

- 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。
- 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。
- 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 の区分となります。
- 階層区分 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

申請受付から、審査結果が出るまでに、通常2か月程度がかかります。（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。）
 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。
 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。
 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。
 氏名のふりがなは必ず記入してください。
 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、住所はマツコシ名等や、 様方まで詳しく記入してください。
 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。