



小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請のご案内



大阪市在住で小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方に、必要な日常生活用具を給付する制度です。扶養義務者の収入等に応じて費用の一部負担があります。

対象となるのは、次の全てを満たしている方です。

- ・大阪市にお住まいの方
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方
- ・日常生活を営むのに支障があり、日常生活用具の給付を必要とする在宅※の方
※一部種目のみ入院中・施設入所中も可
- ・認定された疾病によって、必要とする種目の対象者に該当する方（別表1参照）
- ・児童福祉法（小児慢性特定疾病医療費助成を除く）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による施策の対象とならない方

申請できる方

用具の給付を希望する 18 歳未満の児童の保護者又は 18 歳以上の方は本人で、未購入の方 ※購入後は申請ができません

必要書類

- ① 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書
- ② 給付を受けようとする用具の見積書
- ③ 給付を受けようとする用具の詳細がわかるもの(カタログの写し等)
- ④ 世帯全員の所得状況を確認する書類

※本市に税情報のある方は閲覧も可能ですが、給付決定までに 2 週間程度多く日数を要します。

- ⑤ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

給付までの流れ

- ① 希望する用具を取り扱う業者へ見積書等を作成してもらう。
- ② 必要書類を揃えて、区窓口へ提出する。
- ③ 保健師による面接等の後、調査書の作成のうえで申請を受理します。
- ④ 保健所で審査、給付可否の決定を行い、決定通知書・給付券等を申請者あて郵送します。

※申請受理日から給付決定まで 30 日程度かかります。給付できない場合は、却下決定通知書を送付します。

※給付決定後に、用具の品目や金額などに変更がある場合は変更申請が必要です。変更申請を行わずに、業者へ用具の発注等を行った場合には給付決定を取り消すことがあります。

- ⑤ 決定通知書・給付券が届いたら、取扱業者に用具を発注してください。
- ⑥ 取扱業者から用具を納品してもらってください。
 - ・納品された用具を確認後、給付券に記名し、業者にお渡しください。
 - ・自己負担金がある方は、業者にお支払いください。
 - ・納品書と領収書を、業者からお受け取りください。
- ⑦ 保健師が、用具確認のためにご自宅へ訪問します。

用具の種類について（別表１）

小児慢性特定疾病児日常生活用具種目等			（別表１）
種 目	対 象 者	性 能 等	基 準 額
便器	常時介助を要する者	小児慢性特定疾病児が容易に使用し得るもの。（手すりをつけることができる。）	4,900円
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの。	21,560円
特殊便器	上肢機能に障害のある者	足踏ペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。	166,320円
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの。	169,400円
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること。 ア 小児慢性特定疾病児の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。 イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となるもの。	66,000円
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	99,000円
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	73,700円
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が小児慢性特定疾病児の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの。	16,500円
車椅子	下肢が不自由な者	小児慢性特定疾病児の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。	77,440円
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）	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの。	13,380円
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	62,040円
クールベスト	体温調節が著しく難しい者	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの。	22,000円
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	紫外線をカットできるもの。	41,580円
ネブライザー（吸入器）	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	39,600円
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、小児慢性特定疾病児又は介助者等が容易に使用し得るもの。	173,250円
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）	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	113,520円
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）	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	149,160円
人工鼻	人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。	128,700円
チューブ型包帯	皮膚疾患群に罹患しており、軽微な外力により水疱やびらんを生じ、皮膚障害を起こすことがある者	外力から皮膚を保護できるもの。	170,500円

※耐用年数がそれぞれ設けられており、年数を経過するまでは、原則として用具の再給付を受けることはできません。

※紫外線カットクリーム、ストーマ装具（消化器系・尿路系）、人工鼻及びチューブ型包帯の上限は、上表に定める年額となります。

自己負担額について（別表2）

階層区分	世帯の階層(細)区分		徴収基準 月額	加算基準 月額
A階層	生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯		円 0	円 0
B階層	A階層を除き当該年度分の市町村民税の非課税世帯		1,100	110
C階層	A階層及びB階層を除き当該年度分の市町村民税均等割の額のみ課税世帯		2,250	230
D階層	A階層、B階層及びC階層を除き当該年度分の市町村民税の課税世帯であって、その市町村民税所得割の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得割の年額 3,000円以下 D 1 階層	2,900	290
		3,001 ～ 5,800 円 D 2 "	3,450	350
		5,801 ～ 8,700 円 D 3 "	3,800	380
		8,701 ～ 13,000 円 D 4 "	4,250	430
		13,001 ～ 17,400 円 D 5 "	4,700	470
		17,401 ～ 22,400 円 D 6 "	5,500	550
		22,401 ～ 28,200 円 D 7 "	6,250	630
		28,201 ～ 58,400 円 D 8 "	8,100	810
		58,401 ～ 75,000 円 D 9 "	9,350	940
		75,001 ～ 96,600 円 D 10 "	11,550	1,160
		96,601 ～ 121,800 円 D 11 "	13,750	1,380
		121,801 ～ 175,500 円 D 12 "	17,850	1,790
		175,501 ～ 221,100 円 D 13 "	22,000	2,200
		221,101 ～ 380,800 円 D 14 "	26,150	2,620
		380,801 ～ 549,000 円 D 15 "	40,350	4,040
		549,001 ～ 579,000 円 D 16 "	42,500	4,250
		579,001 ～ 700,900 円 D 17 "	51,450	5,150
		700,901 ～ 849,000 円 D 18 "	61,250	6,130
		849,001 ～ 1,041,000 円 D 19 "	71,900	7,190
		1,041,001 円以上 D 20 "	全 額	左の徴収基準 月額の10% ただし、その 額が8,560円 に満たない場 合は8,560円

備考

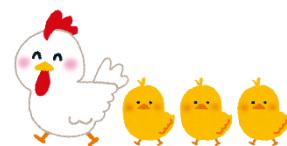
1 徴収月額の決定の特例

- (1) A階層以外の各層に属する世帯から2人以上の児童が、同時にこの表の適用を受ける場合は、その月の徴収基準月額の最も多額な児童以外の児童については、この表に定める加算基準月額によりそれぞれ算定するものとする。
- (2) 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
- (3) 児童に民法（明治29年法律第89号）第877条に規定する当該児童の扶養義務者がいないときは、徴収月額の決定は行わないものとする。ただし、児童本人に市町村民税が課されている場合は、本人につき、扶養義務者に準じて徴収月額を決定するものとする。

※自己負担の例・・・階層区分D13の方が、4万円のネプライザーを購入された場合

公費負担額（基準額 39,600 円） —（徴収基準月額 22,000 円） = 17,600 円

自己負担額（徴収基準月額 22,000 円） +（基準額を超えた 400 円） = 22,400 円



＜お問い合わせ先＞ 大阪市保健所管理課保健事業グループ（TEL 06-6647-0654）