

高知県小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱

第1 目的

児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第19条の22第4項に基づき、小児慢性特定疾病児童の保護者又は成年患者に対し「登録者証」を交付し、小児慢性特定疾病にかかっている児童等が小児慢性特定疾病にかかっている事実等を証明することで、小児慢性特定疾病児童等が、地域における自立した日常生活の支援のための施策を円滑に利用できるようにする。

第2 実施主体

高知県

第3 対象者

法第6条の2第3項に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る医療費助成の対象となる者

第4 登録者証の申請

- (1) 登録者証の交付を受けようとする申請者は、高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱（以下「支給認定要綱」という。）に定める小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・変更・更新）（様式第1号）の「登録者証申請」に申請する旨を記載し、小児慢性特定疾病にかかっていることを証明する資料（医療意見書、小児慢性特定疾病の医療受給者証等とする。）を添付の上、高知県（以下「県」という。）に申請するものとする。
- (2) 県は、申請を受理した場合は、小児慢性特定疾病にかかっており、かつ、当該小児慢性特定疾病の状態が法第6条の2第3項に規定する厚生労働大臣が定める程度であること（以下「基準」という。）を満たしているかを審査し、満たしている場合には登録者証の交付を決定するものとする。

なお、基準を満たしていなかった場合又は満たしていることを判定できなかった場合には、法第19条の4第1項に規定する小児慢性特定疾病審査会に対し、登録者証の交付に係る審査を求めなければならないものとする。

第5 登録者証の交付の決定

- (1) 県は、基準を満たしていると認められた申請について、交付の決定を行い、小児慢性特定疾病登録者証（様式第1号）を交付するものとする。
- (2) 審査の結果、基準を満たさないと判定された場合には、その旨を記載の上、申請者に支給認定要綱に定める却下の通知書（様式第6号）を交付するものとする。
- (3) 登録者証の有効期間は、支給認定要綱に基づき交付される受給者証の有効期間に準じて設定するものとする。
- (4) 登録者証の再交付の申請があったときは、登録者証を再交付することとする。

また、登録者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の登録者証を県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

(5) 登録者証の交付を受けた者が死亡したとき、その他登録者証を必要としなくなったときは、県は、受給者に対して、速やかに登録者証を返還するよう求め、支給認定要綱に定める転帰届（様式第 11 号）を提出させるなど適切に対応するものとする。

第 6 登録者証の記載事項の変更

登録者証の交付を受けた者は、その氏名を変更する必要があるときは、支給認定要綱に定める小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届（様式第 7 号）に変更を証明する書類を添付の上、県に申請するものとする。

第 7 登録者証の交付を受けた者が転居した場合の取扱い

医療費助成の取扱いに準じて対応するものとする。

第 8 登録者証の活用

各市区町村における災害対策基本法による被災者台帳の作成、避難行動要支援者名簿の作成、個別避難計画又は被災者台帳の作成に関する事務において、登録者証を活用することができる。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 2 日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

小児慢性特定疾病登録者証	
要 支 援 者	氏 名
	生年月日
有効期間	
交付年月日	
上記のとおり証明する。	
高知県知事 印	

注意事項

- 1 この証は、小児慢性特定疾病児童等であることを証明する書類として利用できません。
- 2 死亡等で登録者証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに高知県知事に返還して下さい。
- 3 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、高知県知事に再交付の申請を行って下さい。
- 4 その他この証明書に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

高知県健康対策課	(088-823-9678)
又は最寄りの福祉保健所	
安芸福祉保健所	(0887-34-3177)
中央東福祉保健所	(0887-53-3172)
中央西福祉保健所	(0889-22-1247)
須崎福祉保健所	(0889-42-1875)
幡多福祉保健所	(0880-34-5120)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受診者	フリガナ		年 齢	生年月日	
	氏 名		歳	年 月 日	
	個人番号				
	住 所	〒		電話 番号	
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			受診者との関係	
	保険種別			記号・番号	
	保険者名				
	所在地				
申請者 (※1)	フリガナ		受診者との 関係		
	氏 名				
	個人番号				
	住 所	〒		電話番号	
疾 病 名					
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
今回申請する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を受けている者又は申請中の者（受診者本人を含む） ※対象者がいる場合は右に記載（受給者証の写しを添付）			氏名		
受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） ※書ききれない場合は裏面にも記載欄あり	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名		所在地		
受給者番号（※2）			登録者証申請（※3）	申請する ・ 申請しない	
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※4・5）	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 { }			
私は、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。			受付印		
申請者氏名					
年 月 日 高知県知事 様					

通 知 書

（申請者）

様

高知県知事

児童福祉法第19条の3第1項（又は第19条の5第1項）の規定による小児慢性特定疾病医療費の申請（及び高知県小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱第4の（1）の規定による小児慢性特定疾病登録者証の申請）は、次の理由により認定されませんでしたので通知します。

- 1 小児慢性特定疾病医療費の対象となる疾病ではないため
- 2 疾病の状態の程度が小児慢性特定疾病医療費の対象となる程度ではないため
- 3 重症患者認定基準の要件を満たしていないため
- 4 その他（ ）

- (
- 1 高額かつ長期（高額治療継続者）の要件を満たしていないため
 - 2 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため
 - 3 その他（ ）
-)

教 示

- 1 この処分について不服があるときは、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月以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます（なお、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月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、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。）。ただし、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月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、その判決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、その判決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、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。）。

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号				
受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年 月 日
	個人番号			
	住所	〒		
保護者	フリガナ		受診者との関係	
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒		
変更のある事項に	事項		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名、住所、生年月日等)		
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名、住所、電話番号等)		
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項(記号番号、保険者名、受診者同一の加入者等)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
<input type="checkbox"/>	その他の事項			
備考				
私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病登録者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 年 月 日 高知県知事 様			受付印	

※ 支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に増減がある場合は、「様式第3号 世帯調書」を必ず添付すること。
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、高額かつ長期、重症患者認定）及び疾病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。

