

新	旧
<p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p>第1～第5 略</p> <p>第6 支給認定の申請</p> <p>1 支給認定の申請の手続き</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 支給認定を受けようとする申請者は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（様式第1号。以下「支給認定申請書」という。）に、次の①から③までの書類を添付の上、高知県（以下「県」という。）に申請するものとする。なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に基づく情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携（以下「マイナンバー情報連携」という。）等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。</p> <p>①指定医が作成した医療意見書</p> <p>②世帯調書（様式第2号）</p> <p>③支給認定に係る小慢児童等の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料</p> <p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税の課税状況が確認できる資料 ・被保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者をいう。）又は支援給付（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（平成6年法律第30号。以下「中国残留邦人等自立支援法」という。）第14条に規定する支援給付をいう。）を受けている者であることが確認できる資料 ・市町村民税非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料 <p>2 重症患者区分の認定の申請の手続き</p> <p>重症患者区分の認定を受けようとする申請者又は受給者は、重症患者認定申告書（様式第3号）に、次の①又は②の書類を添付の上、県に申請するものとする。</p> <p>①・② 略</p> <p>3 人工呼吸器等装着者区分の認定の申請の手続き</p> <p>人工呼吸器等装着者区分の認定を受けようとする申請者又は受給者は、医師が診断書欄に記載した人工呼吸器等装着者証明書（様式第4号）により県に申請するものとする。</p> <p>なお、この人工呼吸器等装着者証明書を医療意見書の別紙とし、医療意見書と一連の書類とすることができるものとする。</p> <p>4 略</p> <p>第7 支給認定</p> <p>1 支給認定</p> <p>(1) 県は、申請者からの支給認定の申請を受理したときは、速やかに小児慢性特定疾病医療費を支給する旨の認定をするものとする。</p> <p>なお、支給認定をしないこととするときは、あらかじめ、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（以下「審査会」という。）に審査を求めなければならないものとする（「第15 審査会」参照）。</p> <p>おって、支給認定をしないことと判断した場合は、当該申請者に対して、支給認定をしない旨の通知書（様式第5号）を交付するものとする。</p> <p>(2) 県は、支給認定をしたときは、速やかに、第11に基づき適用となる指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額を記載した受給者証（様式第7号）を受給者に交付するものとする。また、指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票（様式第8号。以下「管理票」という。）を受給者に交付する。</p> <p>(3) 略</p> <p>(4) 受給者から受給者証の再交付（様式第11号）の申請があったときは、受給者証を再交付することとする。</p> <p>また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給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。</p> <p>(5) 支給認定に係る小慢児童等が治癒、死亡等の理由により小児慢性特定疾病医療支援を受ける必要が無くなったと</p>	<p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p>第1～第5 略</p> <p>第6 支給認定の申請</p> <p>1 支給認定の申請の手続き</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 支給認定を受けようとする申請者は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（様式第1号。以下「支給認定申請書」という。）に、次の①から④までの書類を添付の上、高知県（以下「県」という。）に申請するものとする。なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に基づく情報提供ネットワークシステムを利用した情報連携（以下「マイナンバー情報連携」という。）等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。</p> <p>①指定医が作成した医療意見書</p> <p>②医療保険上の所得区分に関する情報を受診者の加入する医療保険の保険者が高知県知事（以下「知事」という。）に情報提供することに同意する旨の書類（同意書）（様式第2号）</p> <p>③世帯調書（様式第3号）</p> <p>④支給認定に係る小慢児童等の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料</p> <p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税の課税状況が確認できる資料 ・被保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者をいう。）又は支援給付（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（平成6年法律第30号。以下「中国残留邦人等自立支援法」という。）第14条に規定する支援給付をいう。）を受けている者であることが確認できる資料 ・市町村民税非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料 <p>2 重症患者区分の認定の申請の手続き</p> <p>重症患者区分の認定を受けようとする申請者又は受給者は、重症患者認定申告書（様式第4号）に、次の①又は②の書類を添付の上、県に申請するものとする。</p> <p>①・② 略</p> <p>3 人工呼吸器等装着者区分の認定の申請の手続き</p> <p>人工呼吸器等装着者区分の認定を受けようとする申請者又は受給者は、医師が診断書欄に記載した人工呼吸器等装着者証明書（様式第5号）により県に申請するものとする。</p> <p>なお、この人工呼吸器等装着者証明書を医療意見書の別紙とし、医療意見書と一連の書類とすることができるものとする。</p> <p>4 略</p> <p>第7 支給認定</p> <p>1 支給認定</p> <p>(1) 県は、申請者からの支給認定の申請を受理したときは、速やかに小児慢性特定疾病医療費を支給する旨の認定をするものとする。</p> <p>なお、支給認定をしないこととするときは、あらかじめ、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（以下「審査会」という。）に審査を求めなければならないものとする（「第15 審査会」参照）。</p> <p>おって、支給認定をしないことと判断した場合は、当該申請者に対して、支給認定をしない旨の通知書（様式第6号）を交付するものとする。</p> <p>(2) 県は、支給認定をしたときは、速やかに、第11に基づき適用となる指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担上限月額を記載した受給者証（様式第8号）を受給者に交付するものとする。また、指定小児慢性特定疾病医療支援に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票（別紙様式第9号。以下「管理票」という。）を受給者に交付する。</p> <p>(3) 略</p> <p>(4) 受給者から受給者証の再交付（様式第12号）の申請があったときは、受給者証を再交付することとする。</p> <p>また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給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。</p> <p>(5) 支給認定に係る小慢児童等が治癒、死亡等の理由により小児慢性特定疾病医療支援を受ける必要が無くなったと</p>

き、受給者が他の都道府県等に転出したとき、その他県等において支給認定を行う理由が無くなったときは、県は、受給者に対して、速やかに受給者証を返還するよう求め、転帰届（様式第10号）を提出させるなど適切に対応するものとする。

2 略

第8 支給認定世帯

1～6 略

7 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合は、受給者は、医療受給者証等記載事項変更届（様式第6号。以下「記載事項変更届」という。）に、新たな医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な書類を添付の上、速やかに県に届出するものとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。支給認定世帯の状況の変化に伴い支給認定の変更の認定が必要な場合には、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意するものとする（「第9 支給認定の変更」参照）。

第9 支給認定の変更

1 略

2 県は、1により自己負担上限月額の変更の必要があると判断した場合は、支給認定の変更の申請を行った日の属する月の翌月の初日から新たな自己負担上限月額を適用するものとし、1の申請を行った受給者に対して、新たな階層区分と自己負担上限月額を記載した受給者証を交付するものとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限月額を記載した管理票を交付するものとする。

なお、自己負担上限月額の変更の必要がないと判断した場合は、1の申請を行った受給者に対して、支給認定の変更の認定を行わない旨の通知書を交付するものとする。

3・4 略

第10～第15 略

第16 その他

1 略

2 指定医療機関

高知県知事（以下「知事」という。）は、指定医療機関について一覧を作成し、公示するものとする。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金高知支部及び高知県国民健康保険団体連合会に送付するものとする。

3・4 略

5 償還払い

受給者等が小児慢性特定疾病医療費に該当する費用を指定医療機関に支払ったときは、受給者等の支払った費用を小児慢性特定疾病医療費として充当し、受給者等はこの費用を給付申請書（様式第12号）に、次の①から④までの書類を添付の上、知事に請求することができるものとする。

①請求する月分の「自己負担上限額管理票」の写し

②小児慢性特定疾病医療費療養証明書（様式第13号）

③領収書の原本

④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

この場合において、知事はその内容を審査の上、適正であると認められる額について、受給者等に対して直接支払うものとする。

6 医療意見書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請書に添付する医療意見書については、小児慢性特定疾病対策のポータルサイト「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページに掲載しているもので、これを活用するものとする。

また、医療意見書の内容については、小児慢性特定疾病の治療研究の推進のためのデータベースに登録することとするため、小慢児童等のデータの登録について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利用についての同意書（様式第9号）により小児慢性特定疾病児童の保護者又は成年患者の同意を得るようにするものとする。

なお、この同意の有無が支給認定の認否に影響を及ぼすものではないことに留意するものとする。

（参考）小児慢性特定疾病情報センター（<https://www.shouman.jp/>）

7・8 略

とき、受給者が他の都道府県等に転出したとき、その他県等において支給認定を行う理由が無くなったときは、県は、受給者に対して、速やかに受給者証を返還するよう求め、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。

2 略

第8 支給認定世帯

1～6 略

7 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合は、受給者は、医療受給者証等記載事項変更届（様式第7号。以下「記載事項変更届」という。）に、新たな医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な書類を添付の上、速やかに県に届出するものとする。なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略することができる。支給認定世帯の状況の変化に伴い支給認定の変更の認定が必要な場合には、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意するものとする（「第9 支給認定の変更」参照）。

第9 支給認定の変更

1 略

2 県は、1により自己負担上限月額の変更の必要があると判断した場合は、支給認定の変更の申請を行った日の属する月の翌月の初日から新たな自己負担上限月額を適用するものとし、1の申請を行った受給者に対して、新たな階層区分と自己負担上限月額を記載した受給者証を交付するものとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限月額を記載した自己負担上限月額管理票（様式第9号。以下「管理票」という。）を交付するものとする。

なお、自己負担上限月額の変更の必要がないと判断した場合は、1の申請を行った受給者に対して、支給認定の変更の認定を行わない旨の通知書を交付するものとする。

3・4 略

第10～第15 略

第16 その他

1 略

2 指定医療機関

知事は、指定医療機関について一覧を作成し、公示するものとする。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金高知支部及び高知県国民健康保険団体連合会に送付するものとする。

3・4 略

5 償還払い

受給者等が小児慢性特定疾病医療費に該当する費用を指定医療機関に支払ったときは、受給者等の支払った費用を小児慢性特定疾病医療費として充当し、受給者等はこの費用を給付申請書（様式第13号）に、次の①から④までの書類を添付の上、知事に請求することができるものとする。

①請求する月分の「自己負担上限額管理票」の写し

②小児慢性特定疾病医療費療養証明書（様式第14号）

③領収書の原本

④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

この場合において、知事はその内容を審査の上、適正であると認められる額について、受給者等に対して直接支払うものとする。

6 医療意見書

小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請書に添付する医療意見書については、小児慢性特定疾病対策のポータルサイト「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページに掲載しているもので、これを活用するものとする。

また、医療意見書の内容については、小児慢性特定疾病の治療研究の推進のためのデータベースに登録することとするため、小慢児童等のデータの登録について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利用についての同意書（様式第10号）により小児慢性特定疾病児童の保護者又は成年患者の同意を得るようにするものとする。

なお、この同意の有無が支給認定の認否に影響を及ぼすものではないことに留意するものとする。

（参考）小児慢性特定疾病情報センター（<https://www.shouman.jp/>）

7・8 略

附則

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

略

附則

この要綱は、令和7年7月3日から施行し、同年6月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和8年3月2日から施行し、同月1日から適用するものとする。

2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。

別表1・2 略

様式第1号 略

附則

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

略

附則

この要綱は、令和7年7月3日から施行し、同年6月1日から適用する。

別表1・2 略

様式第1号 略

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、 国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第60条の2第1項
 地方公務員共済組合が地方公務員等共済組合法第62条の2第1項 }
の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。
なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者1	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者2	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

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 checked="" 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 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。			受付印
届出者氏名			
年 月 日			
高知県知事 様			

※ 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2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。

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 checked="" 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 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。			受付印
届出者氏名			
年 月 日			
高知県知事 様			

※ 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。

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
受診者	氏名		
	生年月日		
	住所		
保護者	氏名	続柄	
	住所		
疾病名			
指定医療機関名			
自己負担上限額	月額	階層区分	
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			
認定年月日			
高知県知事			知事印

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
受診者	氏名		
	生年月日		
	住所		
保護者	氏名	続柄	
	住所		
疾病名			
保険者名			
記号・番号		適用区分	
指定医療機関名			
自己負担上限額	月額	階層区分	
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			
認定年月日			
高知県知事			知事印

様式第12号

小児慢性特定疾病医療費給付申請書（払戻請求）

申請額	円
-----	---

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年 月分	窓口支払済額 A (円)	月額自己負担上限額 B (円)	差引き額 A-B (円)

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

年 月 日

高知県知事様

請求者	住所			電話 番号	
	氏名	(受診者との続柄：)			
	振込先	銀行	支店	預金種別	普通・当座
口座 番号		ふりがな 口座名義人			
受診者	住所				
	氏名		受給者番号		

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- 〔添付書類〕①請求する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
 ②小児慢性特定疾病医療費療養証明書（様式第13号）
 ③領収書の原本
 ④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

様式第13号

小児慢性特定疾病医療費給付申請書（払戻請求）

申請額	円
-----	---

※「差引き額」の合計を記載してください。なお、高知県で領収書等の内容を確認し、支給額を決定するため、申請額と異なる支給額となる場合があります。

年 月分	窓口支払済額 A (円)	月額自己負担上限額 B (円)	差引き額 A-B (円)

B：保険診療2割負担で算定した額が、自己負担上限額より低い場合は、2割負担の算定額を記入

高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づき、関係書類を添えて上記のとおり請求します。

年 月 日

高知県知事様

請求者	住所			電話 番号	
	氏名	(受診者との続柄：)			
	振込先	銀行	支店	預金種別	普通・当座
口座 番号		ふりがな 口座名義人			
受診者	住所				
	氏名		受給者番号		

※請求者と口座名義人は同じにしてください。

- 〔添付書類〕①請求する月分の「自己負担上限額管理票」の写し
 ②小児慢性特定疾病医療費療養証明書（様式第14号）
 ③領収書の原本
 ④高額療養費の対象となった場合は、それを証明する書類

様式第13号

小児慢性特定疾病医療費療養証明書

受診者氏名		生年月日	年 月 日			
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号				
保険者名		記号番号				
高額療養費 適用区分		保険負担 割合	9割・8割・7割・その他(割)			
年月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A-B (円)	入院 ・ 通院		
					9割	
					8割	
					7割	
					その他 (割)	
合計						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名						

(記載要領)

- 1 小児慢性特定疾病に係る療養費についてのみ記載してください(認定期間内の療養に限る。)
- 2 自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。
- 3 入院の場合、食費については医療費と分けて、月ごとに別行に記載してください。

様式第14号

小児慢性特定疾病医療費療養証明書

受診者氏名		生年月日	年 月 日			
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号				
保険者名		記号番号				
年月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A-B (円)	入院 ・ 通院	保険負担割合	
					9割	
					8割	
					7割	
					その他 (割)	
合計						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名						

(記載要領)

- 1 小児慢性特定疾病に係る療養費についてのみ記載してください(認定期間内の療養に限る。)
- 2 自己負担上限額管理票に記載している分も含めて対象月の療養費を記載してください。
- 3 入院の場合、食費については医療費と分けて、月ごとに別行に記載してください。