

新旧対照表

○高知県小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱（抜粋）

新	旧
<p>小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p>第1～第16 略</p> <p>附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p>略</p> <p>附 則 1 この要綱は、令和8年4月13日から施行し、同月1日から通用するものとする。 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。</p> <p>附 則 1 この要綱は、令和8年6月1日から施行する。 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。</p> <p>別表1・2 略 様式第3号～第13号 略</p>	<p>小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p>第1～第16 略</p> <p>附 則 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p>略</p> <p>附 則 1 この要綱は、令和8年4月13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。</p> <p>附 則 1 この要綱は、令和8年6月1日から施行する。 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。</p> <p>別表1・2 略 様式第3号～第13号 略</p>

新

旧

小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱

第1～第16 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

1 この要綱は、令和8年4月13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。

附 則

1 この要綱は、令和8年6月1日から施行する。

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3号～第13号 略

様式第1号 (表面)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更)

フリガナ	年齢	生年月日
氏名	歳	年 月 日
住所	電話番号	
加入医療保険	被保険者氏名 保険種別 保険者名 所在地	受診者との関係 記号・番号
フリガナ	受診者との関係	
氏名		
住所	電話番号	
疾病名	<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	
自己負担上限額の特例(該当するものに勾)		
今回申請する受診者と同じ世帯内にある皆症発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(指症)	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	
医療機関(調剤薬局、訪問看護事業者等を含む) ※追加する場合は裏面に記載してください。	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日 年月日(※4・5)	[左記の欄が申請日から1か月以上の年月日となっている理由] <input type="checkbox"/> 医療従事者の受診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。		
申請者氏名 年 月 日		受付印

様式第1号 (表面)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更)

フリガナ	年齢	生年月日
氏名	歳	年 月 日
住所	電話番号	
加入医療保険	被保険者氏名 保険種別 保険者名 所在地	受診者との関係 記号・番号
フリガナ	受診者との関係	
氏名		
住所	電話番号	
疾病名	<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	
自己負担上限額の特例(該当するものに勾)		
今回申請する受診者と同じ世帯内にある皆症発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(指症)	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	
医療機関(調剤薬局、訪問看護事業者等を含む) ※追加する場合は裏面に記載してください。	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日 年月日(※4・5)	[左記の欄が申請日から1か月以上の年月日となっている理由] <input type="checkbox"/> 医療従事者の受診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。		
申請者氏名 年 月 日		受付印

様式第1号(裏面)

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
- ※2 更新又は変更の方のみ記入。
- ※3 「申請する」を選択した場合、市町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することができる。
- ※4 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定区が疾病の状態の程度を満たしている日と診断した日(ただし遡り期間は原則1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能)
- ※5 更新の場合は、原則記入不要。

※表面から続く	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所在地
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)		

様式第1号(裏面)

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
- ※2 更新又は変更の方のみ記入。
- ※3 「申請する」を選択した場合、市町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することができる。
- ※4 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定区が疾病の状態の程度を満たしている日と診断した日(ただし遡り期間は原則1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能)
- ※5 更新の場合は、原則記入不要。

※表面から続く	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名	所在地
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)		

※申請受付機関別記載欄

番号確認	番号カード・通知カード・住民票(個人番号付)
身元確認	1点: 番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点: 資格確認書(医療保険証)・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書 その他()
確認者	

世帯調書兼個人番号調書

支給認定基準世帯世帯員(受給者と同一医療保険に加入する者)

(フリガナ)氏名	1月1日時点の住所地	続柄	本人
個人番号	生年月日	T S H R	年 月 日
(フリガナ)氏名	1月1日時点の住所地	続柄	
個人番号	生年月日	T S H R	年 月 日
(フリガナ)氏名	1月1日時点の住所地	続柄	
個人番号	生年月日	T S H R	年 月 日
(フリガナ)氏名	1月1日時点の住所地	続柄	
個人番号	生年月日	T S H R	年 月 日
(フリガナ)氏名	1月1日時点の住所地	続柄	
個人番号	生年月日	T S H R	年 月 日

※DVや虐待等の被害者(DVや虐待等の被害を受けるおそれがある者を含む。)であれば、加害者の下から避難先市町村に避難している方は、所在地に関する情報を提供することが可能です。希望される方は、避難にいたった状況を説明の上、お申し出ください。

※変更又は変更している方は番号確認及び身元確認書類は不要です。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

申請者が、下記の給付金等の給付を受けていますか？ 受けている 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等まで記入してください。

別添確認が必要となりますので、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

- ・障害基礎年金(1・2)級
- ・障害厚生年金(1・2・3)級
- ・障害共済年金(1・2・3)級
- ・遺族厚生年金
- ・遺族一時金
- ・遺族共済年金
- ・遺族共済一時金
- ・特別障害者手当
- ・障害児福祉手当
- ・障害者雇用促進手当
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・特別障害給付金
- ・遺族基礎年金
- ・遺族厚生年金
- ・遺族共済年金
- ・遺族共済一時金
- ・特別障害者手当
- ・障害児福祉手当
- ・障害者雇用促進手当
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・特別障害給付金

※申請受付機関記載欄

番号確認	番号カード・通知カード・住民票(個人番号付)
身元確認	1点:番号カード・運転免許証・身体障害者手帳 2点:資格確認書・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書 その他()
確認者	

世帯調書

支給認定基準世帯世帯員(受給者と同一医療保険に加入する者)

(フリガナ)氏名	続柄	生年月日	(被用者保険の方)被保険者本人・被扶養の別(該当するものに○)	税証明(提出する方に○)
個人番号	本人	年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合、申請者の収入によって月額自己負担上限額が異なります。別添対象となる収入(給与や年金等)は、課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については、別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等

申請者が、下記の給付金等の給付を受けていますか？ 受けている 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等まで記入してください。

- ・障害基礎年金(1・2)級
- ・障害厚生年金(1・2・3)級
- ・障害共済年金(1・2・3)級
- ・遺族厚生年金
- ・遺族一時金
- ・遺族共済年金
- ・遺族共済一時金
- ・特別障害者手当
- ・障害児福祉手当
- ・障害者雇用促進手当
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・特別障害給付金
- ・障害基礎年金
- ・障害厚生年金
- ・障害共済年金
- ・遺族厚生年金
- ・遺族一時金
- ・特別障害者手当
- ・障害児福祉手当
- ・障害者雇用促進手当
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・特別障害給付金