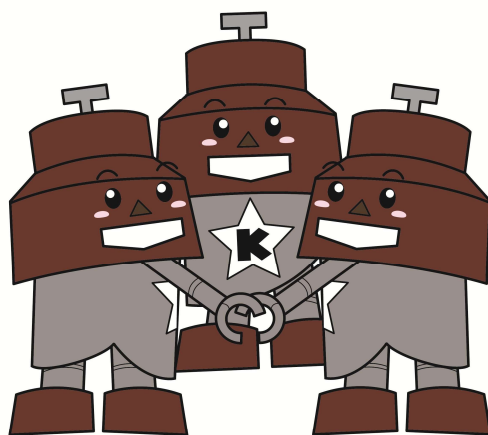


# 小児慢性特定疾病医療費支給制度のご案内

(2026年3月現在)



川口市マスコット「きゅぼらん」

## 小児慢性特定疾病医療費支給制度とは

児童福祉法第19条の2に基づき、児童等の慢性疾病のうち国が指定した疾病（小児慢性特定疾病）の医療にかかる費用の一部を支給し、児童のご家庭の医療費の負担軽減を図る制度です。

川口市では申請のあった疾病について、その状態が国の定めた認定基準に該当するかを審査しています。

承認されると「小児慢性特定疾病医療受給者証」（以下、医療受給者証という）及び「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票」（以下、管理票という）が交付されます。都道府県等が指定した病院や薬局、訪問看護ステーションの窓口に提示して利用することで、医療保険の対象となる対象疾病及び対象疾病に付随して発生する傷病に対する医療が所得に応じた自己負担のみで受けられます。

## 川口市

# 1 対象者

次の要件を全て満たすかたが、医療費支給（一部自己負担額あり）の対象となります。

- ・申請者（※1）又は小児慢性特定疾病児童が川口市に住民登録をしていること。
- ・小児慢性特定疾病児童が18歳未満であること。  
（18歳となる前日時点で支給を受けており、引き続き治療が必要と認められる場合には、有効期間終了前に継続申請を行うことにより、20歳となる前日まで延長することができます。）
- ・小児慢性特定疾病にかかり、国が定める状態の程度を満たしていること。
- ・原則として何らかの医療保険に加入していること。  
「生活保護」又は「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の支援給付」を受給しているかた（以下「生活保護等」という。）も対象となります。

## 2 対象疾病（小児慢性特定疾病情報センター <http://www.shouman.jp/>）

- ・801疾病（16疾患群）の医療費を支給します（2025年4月現在）。
- ・対象疾病及び認定基準については、「児童福祉法第6条の2第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第2項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度（厚生労働省告示第475号）」により一定の基準が設けられています。（注：告示内容の改正事項等もご参照ください。）詳細は、小児慢性特定疾病情報センターのホームページをご参照ください。
- ・対象疾病の認定基準に基づき、支給認定の審査が行われます。審査により認定されると、市から医療受給者証及び管理票が交付されます。

【表1 対象となる疾病の例示】

(2025年4月現在)

疾患群	疾病の例示
01 悪性新生物	白血病、リンパ腫、中枢神経系腫瘍、固形腫瘍 など
02 慢性腎疾患	微小変化型ネフローゼ症候群、IgA腎症、慢性糸球体腎炎 など
03 慢性呼吸器疾患	慢性肺疾患、気道狭窄 など
04 慢性心疾患	心室中隔欠損症、ファロー四徴症、肺動脈狭窄症 など
05 内分泌疾患	成長ホルモン分泌不全性低身長症、橋本病、バセドウ病 など
06 膠原病	若年性特発性関節炎、全身性エリテマトーデス など
07 糖尿病	1型糖尿病、2型糖尿病 など
08 先天性代謝異常	フェニルケトン尿症、ウイルソン病 など
09 血液疾患	血友病、血小板減少性紫斑病、再生不良性貧血 など
10 免疫疾患	後天性免疫不全症候群 など
11 神経・筋疾患	點頭てんかん（ウエスト症候群）、結節性硬化症 など
12 慢性消化器疾患	胆道閉鎖症、先天性胆道拡張症 など
13 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	18トリソミー症候群、ダウン症候群、マルファン症候群 など
14 皮膚疾患	眼皮膚白皮症（先天性白皮症）、レックリングハウゼン病 など
15 骨系統疾患	胸郭不全症候群、骨硬化性疾患 など
16 脈管系疾患	巨大静脈奇形、原発性リンパ浮腫 など

（注）各疾病には一定の対象基準があり、基準を満たしていないと認定されない場合があります。

※1 申請者とは：小児慢性特定疾病児童の保護者（原則は公的医療保険の被保険者、川口市国保・国民健康保険組合の場合は受診者を扶養している者）又は成年患者（小児慢性特定疾病にかかっている児童以外の満20歳に満たない者）をいう。

### 3 医療費支給の範囲

支給の対象となる医療費は、指定小児慢性特定疾病医療機関（8頁参照）における、次の医療です。

- ・保険診療による自己負担分（薬局での保険調剤及び訪問看護ステーションが行う訪問看護を含む）
- ・入院食事療養費の標準負担額分の2分の1

標準負担額は、1食につき300円、低所得者の場合は240円又は190円です。この2分の1を支給します。

- ・移送費

生活保護受給中等で医療保険に加入しておらず、医療保険から支給を受けることができないかたが対象です。

- ・自費（入院時の差額ベッド代、文書料、往診時の車代等）の費用については支給の対象外となります。
- ・他の医療給付制度で支給を受けている場合は、重複して利用することはできません。
- ・本制度は市で実施する医療費制度（重度心身障害者医療費、ひとり親家庭等医療費、子ども医療費等）より優先されます。本制度を利用した場合の自己負担分については、上記医療費制度の対象となることがあります。詳細は、各医療費制度の窓口にご確認ください。

### 4 自己負担

医療受給者証に記載されている階層区分は、「世帯」の市民税課税（所得割）の課税額により決定します。（本制度での「世帯」とは、**受診者と同じ医療保険に加入する者全員＝医療費支給認定基準世帯**のことをいいます。）さらに、重症患者認定（5-6頁参照）、人工呼吸器等装着者（5-6頁参照）、按分世帯（5頁参照）の特例の有無により自己負担上限月額を決定します。指定医療機関を利用される際は、医療受給者証と管理票を窓口にご提示ください。1か月につき【表2 自己負担上限月額】の額を限度として、**医療費の2割**を指定医療機関の窓口でお支払いいただきます。1か月の窓口でのお支払いが自己負担の上限に達した時点で同月においては、それ以降の支払いはなくなります（ただし、入院時の食事療養費標準負担額は2分の1の自己負担があります。）。また、高額療養費制度の自己負担限度額（8頁参照）を超えて支払った医療費については、加入されている医療保険から支払われます。高額療養費制度についての詳細や申請方法等は加入医療保険により異なりますので、加入医療保険へお問い合わせの上、申請してください。

【表2 自己負担上限月額】

（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額（負担割合：2割、外来＋入院）		
			一般	重症（※2）	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等		0	0	0
II	市民税 非課税 (世帯)	低所得Ⅰ（収入：～80.9万円）	1,250	1,250	500
III		低所得Ⅱ（収入：80.9万円超～）	2,500	2,500	
IV	一般所得Ⅰ：市民税課税以上 7.1万円未満		5,000	2,500	
V	一般所得Ⅱ：市民税 7.1万円以上25.1万円未満		10,000	5,000	
VI	上位所得：市民税25.1万円以上		15,000	10,000	
入院時の食事療養費標準負担額			1/2 自己負担（※3）		

※2 重症とは、(ア)・(イ)のいずれかに該当するかた

(ア) 療養負担過重患者（6頁参照）の基準に適合するかた

(イ) 高額治療継続者（医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上）に該当するかた

※3 次の(ウ)又は(エ)に該当するかたは、自己負担は生じません（入院時の食事療養費標準負担額を含む）。

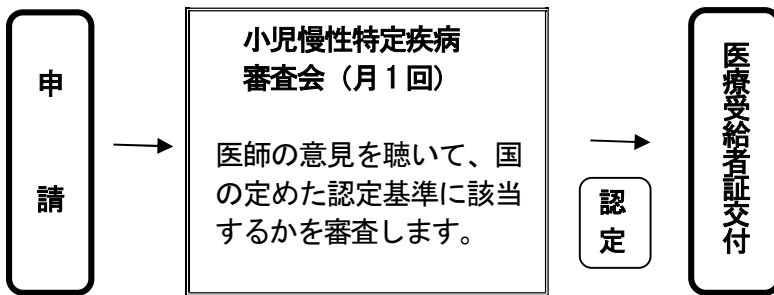
(ウ) 生活保護等

(エ) 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象疾病であるかた

なお、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象疾病であるかたが申請される際には、所得を証明する書類及び重症患者認定申告書は不要です。

## 5 申請から医療受給者証交付までの流れ

申請が認定となった場合、医療受給者証と管理票を交付します。交付までには2か月前後かかります。



## 6 医療費の支給が受けられる期間

医療受給者証の「有効期間」内に支給を受けられます。

有効期間の始期は原則として申請日の1か月前からとなります。ただし、指定医が診断した日の方が遅い場合は、診断日からとなります。

※指定医が診断した日とは、当該小児慢性特定疾病と診断し、かつ当該小児慢性特定疾病が原因で国が定める疾病の状態の程度を満たすと総合的に判断した日。

有効期間満了後も引き続き支給を希望される場合には、医療受給者証の有効期間満了前に継続申請の手続きを行ってください。（継続申請の対象となるかたには、別途健康増進課からお知らせします。）

## 7 申請方法について

申請者となれるかたは、小児慢性特定疾病児童の保護者（原則は公的医療保険の被保険者、川口市国保、国民健康保険組合の場合は受診者を扶養している者。）又は成年患者です。

以下の書類を健康増進課へご提出ください。

申請書類等（医療意見書を除く）は、川口市のホームページからダウンロードするか、健康増進課でお受取りください。

### 申請時に必要な書類

※消えないボールペン等でご記入ください。

全員が提出する書類	1	<b>小児慢性特定疾病医療費支給申請書</b>
	2	<b>医療意見書</b> （指定医（8頁参照）が作成。申請日の3か月以内に作成されたもの） 小児慢性特定疾病情報センターホームページに疾病別に801種類の様式があります。疾病名を指定医に確認し、作成を依頼してください。
	3	<b>医療意見書情報の研究等への利用についての同意書</b>
	4	<b>健康保険の資格が確認できるもの</b> ○確認対象者 ・国民健康保険及び国民健康保険組合の方（川口市国保、土建国保、建設国保など）は、 <u>受診者及び、受診者と健康保険の記号・番号が同じ方全員</u> ・被用者保険の方（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など）は、 <u>受診者のみ</u> ○提出書類（下記のいずれか1点の写し） ・医療保険の資格情報（マイナポータルからダウンロードし印刷したもの） ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ※窓口申請の場合は、電子媒体によりマイナポータル画面の資格情報を職員に提示も可。

<p>全員が提出する書類</p>	<p><b>個人番号（マイナンバー）確認書類</b>  ○確認対象者  ・国民健康保険及び国民健康保険組合の方（川口市国保、土建国保、建設国保など）は、<u>受診者及び、受診者と健康保険の記号・番号が同じ方全員</u>  ・被用者保険の方（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など）は、<u>受診者及び、受診者の被保険者</u>  ○提出書類（下記のいずれか1点の写し）  ・マイナンバーカード（両面）  ・通知カード（記載された住所、氏名等が現在と一致しているものに限る）  ・マイナンバーが記載された住民票（上記確認対象者全員のもの）</p>
<p>6</p>	<p><b>申請者（被保険者）の身元確認書類（官公署が発行した氏名、生年月日、住所が記載されているもの）</b>  下記ア、イのいずれか  ア 顔写真付のもの・・・1つ  マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等  イ 顔写真の付いていないもの・・・2つ  健康保険情報確認書類、国民年金手帳、住民票の写し、児童扶養手当証書等</p>
<p>該当する方のみ提出する書類</p>	<p><b>市民税課税（非課税）証明書</b>  <u>市民税の課税状況の閲覧に同意を得られない方</u></p> <p>自己負担上限月額を階層区分を算定するため、市民税の課税状況の情報が必要です。市による課税状況の閲覧に同意いただける場合は、申請書裏面の「以下に該当する場合は、該当する項目にチェックし申請者氏名を記入してください。」の欄を確認いただき、<input checked="" type="checkbox"/>と氏名記載してください。</p> <p>課税状況の情報が必要な方は、国民健康保険及び国民健康保険組合の方は<u>受診者及び、健康保険の記号・番号が同じ方全員</u>（「申請日の属する年の1月1日時点で16歳未満」かつ「扶養関係が確認できるかた」は除く）、被用者保険の方は<u>被保険者</u>になります。</p> <p>※上記対象者の税申告をしていない場合は、税申告をしてください。（閲覧に同意する方も含む。）  ※「課税証明書」を取得する時は「収入・所得額、各種控除額、市町村県民税（所得割・均等割）が明記されている証明書」を請求してください。  ※申請月の対象年度に応じて、以前の住所登録地から所得を証明する書類を取得し、ご提出ください。</p> <p>令和8年6月までに申請する方…令和7年度（令和6年分）の課税証明書  令和8年7月以降に申請する方…令和8年度（令和7年分）の課税証明書</p> <p><b>収入状況申告書・収入を確認する書類（公的年金等源泉徴収票や各種給付の振込通知書等）</b>  <u>受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している家族全員（被用者保険の場合は被保険者）が非課税の場合は申請者の「収入」状況の申告が必要です。</u>  令和8年6月までに申請の方は令和6年の収入  令和8年7月以降に申請の方は令和7年の収入  「収入」とは：所得税法上の公的年金等、地方税法上の合計所得金額、障害年金、遺族年金、寡婦年金、特別障害給付費、労災等による障害補償・給付特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等の合計額  <b>※対象年の総収入額が80万9千円を超える方は、提出不要です。</b></p>

該当する 方のみ 提出する 書類	9	<b>重症患者認定申告書</b> 下記ア、イのいずれかに該当する方は、「小児慢性特定疾病医療費支給申請書」の「自己負担上限月額の特例」の該当するものに☑し、証明に必要な書類を申告書とともに提出してください。 ア 療養負担過重患者認定基準（5-6 頁の表 3 参照）に該当する場合 <必要書類>基準に該当することが証明できる書類（医療意見書、身体障害者手帳等の写し） イ 高額治療継続者に該当する場合 自己負担上限月額（2 頁の表 2 参照）の階層区分Ⅳ～Ⅵに該当するかたで、小児慢性特定疾病に係る月ごとの医療費総額が 5 万円を超える月が年 6 回以上あるかた（受給者証の有効期間内のものに限る）。5 万円を超える月が年 6 回以上発生した時点で、自己負担月額の変更申請を行うことができます。 <必要書類>自己負担上限月額管理票の該当する 6 か月分のページの写し又は、医療費総額が 5 万円を超えた月の領収書または診療明細書（指定医療機関が発行したもので医療費総額記載のもの）。
	10	人工呼吸器等装着者証明書（指定医（8 頁参照）が作成。申請日の 3 か月以内に作成されたもの）人工呼吸器等装着者認定基準（6 頁参照）に該当する方
	11	ご家族の「小児慢性特定疾病医療受給者証」または「指定難病受給者証」の写し（按分世帯）同一保険加入家族に上記受給者がいる場合は提出してください。世帯内の負担が増えないように認定者数で自己負担上限月額を按分します。
	12	委任状（申請者以外の代理人が申請する場合）
	13	特定疾病療養受給者証の写し（血友病 A・B に該当する方）
	14	生活保護受給者証明書（受給中の方）
	15	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に係る本人確認証（受給中の方）

【表 3 療養負担過重患者の認定基準】（2025 年 4 月現在）

①承認された小児慢性特定疾病を要因として、次に掲げる症状の状態のうち、1 つ以上がおおむね 6 か月以上継続すると認められるもの

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が 0.03 以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が 0.04 かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの）
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの）
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの）
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの）
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の 2 分の 1 以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの）
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したもの）
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹 脊柱	1 歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1 歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもできないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの）
肢体の 機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

②次の表に掲げる疾患群のいずれかについて、治療状況等の状態にあると認められるもの

疾患群	治療状況等の状態
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析（CAPD、持続携帯腹膜透析を含む）を行っているもの
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
慢性消化器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群：この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの	
皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
脈管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの

【人工呼吸器等装着者認定基準】

【人工呼吸器】

以下の全てを満たすこと

- (1) 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾病で装着していること
- (2) 継続して常時（連日おおよそ24時間）装着していること
- (3) 現に装着を稼働させ人工呼吸を施行していること
- (4) 概ね1年以内に離脱の見込みがないこと

【体外式補助人工心臓・埋め込み式補助人工心臓】

以下の全てを満たすこと

- (1) 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾病で装着していること
- (2) 継続して常時（連日おおよそ24時間）装着していること
- (3) 現に装着を稼働させ循環の維持をしていること
- (4) 概ね1年以内に離脱の見込みがないこと

【生活状況等】

食事、更衣、ベッドから車椅子等への移乗、屋内外での移動について、全介助又は部分介助の状態であること

## 8 自己負担上限月額管理票について

自己負担の管理方法（管理票の記載は、各病院、薬局等で行います。）

例：自己負担上限月額 10,000 円 毎月2か所の病院（A、C）と2か所の薬局（B、D）にかかっている場合

- (1) 各病院・薬局等の窓口で医療受給者証と管理票を提示します。
- (2) 各窓口で管理票に窓口での支払額と月の累計額を記載してもらいます。
- (3) 計額がC病院で自己負担上限月額に達したので、そこからの支払いはなくなります。
- (4) D薬局の窓口で管理票を提示し、自己負担なしで医療を受けることができます。

※上限月額に達したことにより、支払いがない場合でも、医療受給者証と管理票は必ずご提示ください。

### 《管理票の記載内容》

下記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月16日	C病院

12か月以内に、医療費総額（10割分）の合計が5万円を超える月（例では合計8万円）が6回以上連続すると、自己負担を軽減する申請が可能になります（高額治療継続者）。

自己負担（2割）は4,000円ですが、1,000円を支払うことにより自己負担月額上限に達します。D薬局では自己負担はありません。ただし、双方の医療機関に医療費総額は記載してもらってください。

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)
1月9日	A病院	30,000	6,000	6,000
1月9日	B薬局	15,000	3,000	9,000
1月16日	C病院	20,000	1,000	10,000
1月16日	D薬局	15,000	0	

※子ども医療費により窓口払いがない場合でも、子ども医療費を利用しない場合の自己負担額を記載してもらいます。

## 9 療養費支給申請について

医療受給者証の有効期間内であって、申請から医療受給者証交付までの間等に医療受給者証や管理票を提示せず、指定小児慢性特定疾病医療機関において認定された疾病の治療を受けて窓口で医療費を支払った場合や、緊急その他やむを得ない事情により指定小児慢性特定疾病医療機関以外で認定された疾病の治療を受け窓口で医療費を支払った場合は、1か月の自己負担上限額を超えて支払った額を市に支給申請することができます。

また、入院の場合は入院時食事療養費の標準負担分の2分の1（8頁参照）も支給申請ができます。

### 《申請方法》

以下の書類を揃えて、ご提出ください。

- (1) 小児慢性特定疾病療養費支給申請書
- (2) 小児慢性特定疾病療養証明書（治療を受けた医療機関等に記入してもらってください。）
- (3) 医療機関等発行の領収書（原本）
- (4) 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- (5) 受診者の健康保険情報確認書類（3頁4参照）
- (6) 振込先口座確認のための書類（口座名義・店番号・口座番号等の記載がある部分の写し）
- (7) その他（特定疾病療養受療証、医療保険者から支給された医療費（高額療養費等）が確認できるもの、自己負担上限月額管理票等）

※受付けた申請書の内容等を審査して、公費負担する金額を決定し、約2~3か月後に申請者が指定した金融機関口座に振り込みます。

## 10 入院時食事療養費・高額療養費制度について

### (1) 入院時食事療養費の標準負担額について

標準負担額は小児慢性特定疾病児童等の場合は 300 円/1 食、低所得の場合は 240 円又は 190 円です。  
この 2 分の 1 を支給します。

### (2) 高額療養費制度について

#### ア 高額療養費制度と自己負担額について

高額な医療費がかかった場合に、ご家族の所得状況に応じて定められた自己負担限度額を超えて医療機関窓口に支払った額が医療保険から払い戻される制度を高額療養費制度といいます。

申請時の提出書類（同意書、市民税課税（非課税）証明書等）により、市が医療保険者あてに照会し、回答を受けた高額療養費の所得区分については、医療受給者証の適用区分欄に記載されます。

所得区分欄	高額療養費の自己負担限度額
ア	1 か月につき [252, 600 円 + (総医療費 - 842, 000 円) × 1%] まで
イ	1 か月につき [167, 400 円 + (総医療費 - 558, 000 円) × 1%] まで
ウ	1 か月につき [80, 100 円 + (総医療費 - 267, 000 円) × 1%] まで
エ	1 か月につき [57, 600 円] まで
オ	1 か月につき [35, 400 円] まで

#### イ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証について

あらかじめ限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関に提示することで、自己負担限度額を窓口における支払いの上限とすることができ、高額な医療費の一時的な負担を避けることができます。また、市民税非課税の世帯のかた等は、入院時食事療養費の標準負担額の減額が受けられます。

※小児慢性特定疾病医療費給付制度は申請から医療受給者証の交付まで 2 か月程度を要します。また、審査の結果、認定されない場合もあります。入院等により高額な治療を行っている場合には、加入されている医療保険者に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けることをお勧めします。

## 11 指定小児慢性特定疾病医療機関、指定医について

本制度では、所在地を管轄する都道府県知事等（指定都市及び中核市の場合は市長、以下「県知事等」という。）の指定した病院・診療所、薬局、訪問看護ステーションを指定小児慢性特定疾病医療機関（以下「指定医療機関」という。）といい、指定医療機関における医療に限り、医療費の支給が受けられます。

支給認定に必要な「医療意見書」は県知事等の指定を受けた「指定医」に作成を依頼してください。川口市の指定医療機関、指定医は市のホームページで確認できます。また、川口市以外の指定医療機関、指定医は管轄する都道府県等のホームページでご確認ください。

## 12 受給資格がなくなった場合

市外へ転出した場合、治癒又は死亡等により受給資格がなくなったときは、すみやかに医療受給者証を健康増進課窓口に返還してください。

なお、転出先の都道府県等ですみやかに手続きをとることにより、引き続き医療費の支給が受けられる場合があります。手続きの詳細は転出先の都道府県等へご確認ください。

## 13 変更事項等が生じた場合

次のような変更が生じた場合は、すみやかに変更の手続きを行ってください。変更の手続きに必要な証明書類等、詳細については、健康増進課にお問い合わせください。変更事項等の様式は市のホームページからダウンロードができます。

(1) 氏名、住所、マイナンバー、加入されている医療保険、保護者が変更になったとき。

(2) 疾病を変更又は追加するとき。

ただし、新たな疾病への変更や追加は18歳未満までとなります。

(3) 以下の事項に該当したとき（自己負担上限月額が変わる可能性があります。）

- ・療養負担過重患者に該当したとき（5-6頁参照）。
- ・人工呼吸器等装着者に該当したとき（5頁参照）。
- ・高額治療継続者に該当したとき（5-6頁参照）。
- ・同一保険加入者が新たに小児慢性特定疾病や指定難病の受給者となる時（5頁参照）。
- ・生活保護等を受給したとき又は受給しなくなったとき。
- ・医療費支給認定基準世帯員（受診者と同じ公的医療保険に加入する被保険者（2頁参照））が変更となったとき：医療保険の変更時や家族構成の変更時に該当する場合があります。

※自己負担上限月額が変更となる場合は、当該申請を行った日の属する月の翌月の初日（申請が行われた日が属する月の初日である場合は、当該月）から新たな自己負担上限月額が適用されます。

## 14 登録者証について

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、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ものです。

## 15 その他

### 【特定疾病療養受療証】

血友病、人工透析等長期にわたり高額な医療費のかかる病気にかかったかたについては、保険診療の自己負担額が1万円（高額所得者の場合は2万円となる場合あり）までとなりますので、加入されている医療保険に**特定疾病療養受療証**の申請を行ってください。申請先：加入している医療保険者

### 【福祉サービスについて】

#### 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付

小児慢性特定疾病医療費助成制度の認定を受けた児童のうち、日常生活に著しく支障のある児童等に対し、日常生活の用具を給付しています。購入する前に、あらかじめご相談下さい。

問い合わせ・申請先：障害福祉課 TEL048-258-1110（代表）

### 【療養中の児童等に関する相談】

市では、小児慢性特定疾病で長期療養中の児童等の日常生活上の相談や子育ての悩み等について、相談を承っております。ご希望のあるかたは、お気軽にお問い合わせください。

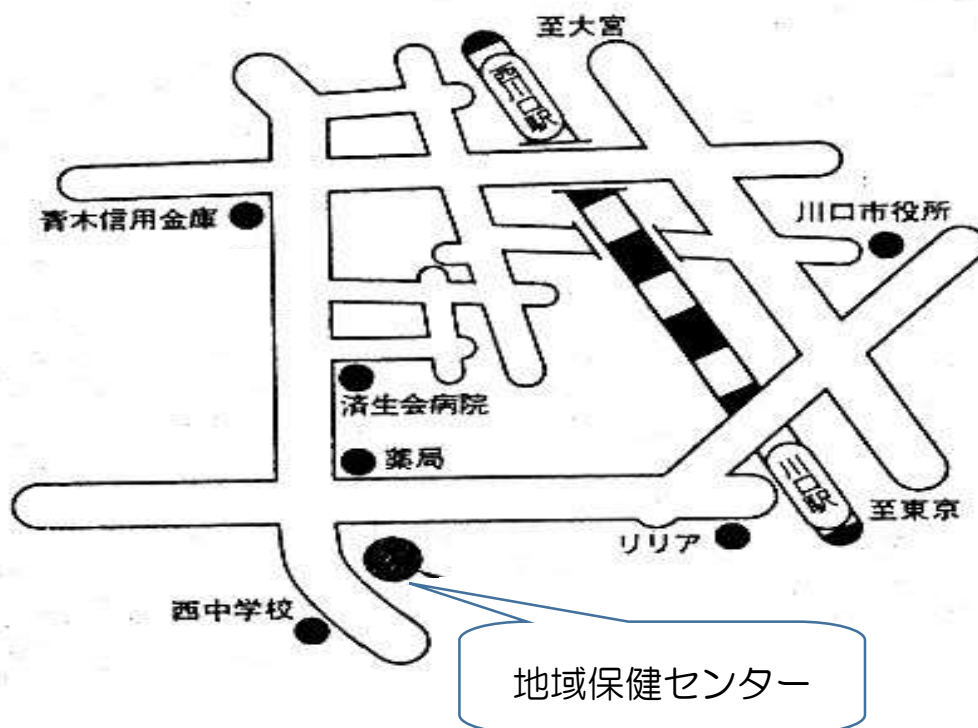
問い合わせ：健康増進課 TEL048-256-1135

※小児慢性特定疾病医療費支給制度の申請場所は、健康増進課のみとなります。

川口市保健所 健康増進課

〒332-0026 川口市南町 1-9-20 (地域保健センター内)

電話番号 256-1135



お問い合わせ・申請・相談窓口

川口市保健所 健康増進課 給付係  
川口市南町 1-9-20  
川口市ホームページ

電話 048-256-1135  
<http://www.city.kawaguchi.lg.jp>