

小児慢性特定疾病医療費助成制度(新規申請)のご案内

2025.7

1 制 度

小児慢性特定疾病にかかっている児童等の健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の一部を助成する制度です。

2 対 象 者

次の(1)と(2)を満たす方

- (1) 18歳未満で、小児慢性特定疾病にかかり、厚生労働大臣の定める疾病の認定基準を満たす方。
※ 対象疾患については、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページを参照してください。
- (2) 申請者が、広島県内（広島市・福山市・呉市を除く）に住民登録されている方。

3 対象医療費

次の(1)と(2)を満たす方

- (1) 認定された小児慢性特定疾病、及び その疾病に付随して発生する傷病に関する次の医療
 - ① 診察
 - ② 薬剤又は治療材料（治療に用いるガーゼ、包帯等）の支給
 - ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
 - ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の介護
 - ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の介護※ 医療保険適用外の医療費（保険診療外の治療や調剤、差額ベッド代など）は、対象外です。
- (2) 指定小児慢性特定疾病医療機関（医療機関・薬局など）で受ける医療

4 申請の流れ

- (1) 必要書類（⇒2～4ページ）を揃えて、住所地を管轄する保健所（⇒6ページ）へ提出してください。
- (2) 認定された場合は、「小児慢性特定疾病受給者証・自己負担上限額管理票」を送付します。

5 申請の注意事項

- (1) 小児慢性特定疾病に係る指定医療機関・指定医は、医療機関の所在地を管轄する都道府県や政令市のホームページで確認することができます。
- (2) 認定された場合、医療費の支給認定日は、「保健所が申請を受理した日のひと月前の同日」と「医療意見書に記載された診断年月日」を比べて後の日（最近の日）になります。
- (3) 原則、申請は必要な書類が全て揃ってから行いますが、保険証作成等に時間を要する場合もあるので対象者の出生届が提出済であれば、支給認定申請書（様式1-1）と医療意見書、住民票のみでも、申請はできます。ただし、速やかに不備書類を提出してください。
- (4) 提出書類のうち、A4サイズより小さな書類は、A4用紙にコピーするか貼り付けてください。
- (5) 世帯や課税状況、医療保険者からの要望等で、追加の書類提出をお願いする場合があります。
- (6) 認定された場合、受給者証の交付には約2か月かかります。申請から交付までの間に受診する場合は支払時に申請中と伝えてください。その期間に過払いがあれば、償還払い（払い戻し）が可能です。
ただし、福祉医療（こども医療、ひとり親医療、重度心身障害者医療など）で、既に清算済の場合は償還払いはできません。

6 提出書類

対象者の加入する医療保険によって、申請者や必要書類が異なります。(⇒3～4ページ)

様式については、広島県ホームページ等から最新の様式をダウンロードしてください。(⇒6ページ)

(1) 全員が提出する書類

① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書【様式 1-1】

② 医療意見書（疾患ごとに必要。）●指定医が作成（文書料は自己負担）

③ 保険証情報を確認できる書類のコピー（次のいずれか）

＊ 紙の保険証（有効期限内） ＊ 資格情報のお知らせ ＊ 資格証明書（マイナ保険証でない方）

＊ マイナポータルから医療保険の資格情報をダウンロードしたもの

④ 世帯全員の住民票【原本】（続柄、マイナンバー入り）

⑤ マイナンバー関係（マイナンバー、身元確認）のコピー

＊ マイナンバー入りの住民票を提出した場合、マイナンバーを省略し、身元確認書類のみの提出で可。

※ マイナンバー確認書類は、該当者分を1枚にまとめてください。（身元確認や保険証とは別用紙）

身 元 確 認：写真付き証明書（1種類）、又は、写真なし証明書（2種類）

（例）写真付き（運転免許証など）、写真なし（保険証、年金手帳、児扶手の証書など）

代理人申請：申請者以外の方が窓口で申請する場合は、代理人の身元確認書類と委任状が必要です。

（例）申請者である父に代わり、母が代理で申請する場合 など

(2) 該当者が提出する書類

⑥ 市町村民税課税証明書 （4～6月に申請する場合：前年度分 7～3月に申請する場合：当該年度分）

マイナンバーの情報連携を制限している方は、マイナンバーを提出されても支給認定基準世帯員の方の市町村民税課税証明書の提出が必要です。

❖ 特例に該当する場合は、自己負担上限額が軽減されることがあります。❖

⑦ 特例（按分）：対象者以外の方の「指定難病」「小児慢性特定疾病」の受給者証のコピー

対象者と同じ医療保険の方で、今回の申請以外に、「指定難病」又は「小児慢性特定疾病」の受給者証をお持ちの場合は、該当者の受給者証のコピーを添付してください。

自己負担上限額が按分され、各受給者の上限額が減額されます。（各自で申請が必要。）

⑧ 特例（人工）：人工呼吸器等装着者証明書【様式 5】●指定医が作成（文書料は自己負担）

今回申請する対象疾患で、次の㊦・㊧を共に満たす場合は、指定医にご相談のうえ、申請してください。

認定された場合は、自己負担上限額が軽減されます。(⇒4ページ)（様式 5 を参照）

㊦ 「人工呼吸器」又は「体外式人工心臓等」を 24 時間継続で装着し、今後1年間継続する見込み。

㊧ 食事や移乗等の生活状況が、「部分介助」又は「全介助」が必要な方。

⑨ 特例（重症）：重症患者認定申請書【様式 4】

今回申請する対象疾患で、基準(㊦・㊧)のいずれかに該当する場合は、指定医とご相談のうえ申請者が記入し、具体的に症状等を確認できる書類(医療意見書又は身体障害者手帳など)を添付してください。

自己負担上限額が減額される場合があります。(⇒4ページ)（様式 4 を参照）

㊦ 全ての疾患群で、次に掲げる部位の症状が、6 か月以上継続すると認められる場合

対象部位：「眼」「聴器」「上肢」「下肢」「体幹・脊柱」「肢体の機能」

㊧ 上記㊦には該当しないが、次に掲げる疾患群の、治療状況にあると認められる場合

対象疾患：「01 悪性新生物」「02 慢性腎疾患」「03 慢性呼吸器疾患」「04 慢性心疾患」

「08 先天性代謝異常」「11 神経・筋疾患」「12 慢性消化器疾患」

「13 染色体・遺伝子に変化を伴う症候群」「14 皮膚疾患」「15 骨系統疾患」

「16 脈管系疾患」

参考：医療保険の区分

公的医療保険等の区分は、次のとおりです。対象者の加入する医療保険等を確認してください。

区 分	医療保険者(保険証の発行者)
市町村国民健康保険	〇〇市国民健康保険、〇〇町国民健康保険 など
国民健康保険組合	〇〇建設国民健康保険組合、〇〇医師国民健康保険組合 など
被用者保険	全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合 など
生活保護受給など	生活保護、中国残留邦人等支援給付

参考：医療保険別の提出書類

❖ 市町村国民健康保険 ❖

区 分		留 意 事 項
全 員 が 提 出	① 申請書【様式 1-1】	・両面に記入してください。 ・申請者は、「保護者」又は「世帯主」
	② 医療意見書	・【新規用】●指定医が作成
	③ 保険証情報のコピー	・「対象者」と「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」
	④ 住民票【原本】	・「対象者と同じ世帯の方全員分」で「続柄」「マイナンバー」入り
	⑤ マイナンバー	・「対象者」と「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」 ※ただし、④住民票(続柄・マイナンバー入り)を提出の場合は、省略可。 ※マイナンバーは、該当者分を 1 枚にまとめてください。(身元確認等とは別用紙)
該 当 者	身元確認書類	・「申請者」又は「代理人申請の場合は、代理人 + 委任状」
	⑥ 市町村税課税証明書	・マイナンバー未提出の場合、「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」
	特 例 ⑦ 按分（世帯内）	・該当者の受給者証コピー
	⑧ 人工呼吸器等	・【様式 5】●指定医が作成
	⑨ 重症患者認定	・【様式 4】確認書類（医療意見書 又は 身体障害者手帳など）

❖ 国民健康保険組合 ❖

区 分		留 意 事 項
全 員 が 提 出	① 申請書【様式 1-1】	・両面に記入してください。 ・申請者は、「組合員（医療保険の加入者）」
	② 医療意見書	・【新規用】●指定医が作成
	③ 保険証情報のコピー	・「対象者」と「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」
	④ 住民票【原本】	・「対象者と同じ世帯の方全員分」で「続柄」「マイナンバー」入り
	⑤ マイナンバー	・「対象者」と「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」 ※ただし、④住民票(続柄・マイナンバー入り)を提出の場合は、省略可。 ※マイナンバーは、該当者分を 1 枚にまとめてください。(身元確認等とは別用紙)
	身元確認書類	・「申請者」又は「代理人申請の場合は、代理人 + 委任状」
該 当 者	⑥ 市町村税課税証明書	・「対象者と同じ保険で 16 歳以上の方全員分」
	特 例 ⑦ 按分（世帯内）	・該当者の受給者証コピー
	⑧ 人工呼吸器等	・【様式 5】●指定医が作成
	⑨ 重症患者認定	・【様式 4】確認書類（医療意見書 又は 身体障害者手帳など）

※ ⑥市町村民税課税証明書は、国民健康保険組が高額医療費の適用区分を決定するために必要です。

❖ 被用者保険 ❖

区 分		留 意 事 項
全 員 が 提 出	① 申請書【様式 1-1】	・両面に記入してください。 ・申請者は、「被保険者（医療保険の加入者）」
	② 医療意見書	・【新規用】●指定医が作成
	③ 保険証情報のコピー	・「対象者」と「被保険者」
	④ 住民票【原本】	・「対象者と同一世帯の方全員分」で「続柄」「マイナンバー」入り
	⑤ マイナンバー	・「対象者」と「被保険者」 ※ただし、④住民票（続柄・マイナンバー入り）を提出の場合は、省略可。 ※マイナンバーは、該当者分を 1 枚にまとめてください。（身元確認等とは別用紙）
該 当 者	身元確認書類	・「申請者」又は「代理人申請の場合は、代理人 + 委任状」
	⑥ 市町村税課税証明書	・被保険者が非課税の場合：「被保険者」 ・マイナンバー未提出の場合：「対象者」と「被保険者」
	特 例 ⑦ 按分（世帯内）	・該当者の受給者証コピー
	⑧ 人工呼吸器等	・【様式 5】●指定医が作成
	⑨ 重症患者認定	・【様式 4】確認書類（医療意見書 又は 身体障害者手帳など）

※ ⑥市町村民税課税証明書は、被用者保険が高額医療費の適用区分を決定するために必要です。

❖ 生活保護受給者等 ❖

区 分		留 意 事 項
全 員 が 提 出	① 申請書【様式 1-1】	・両面に記入してください。 ・申請者は、「保護者」又は「世帯主」
	② 医療意見書	・【新規用】●指定医が作成
	③ 生活保護受給者証等	・生活保護等の受給世帯であることを証明する書類
	④ 住民票【原本】	・「対象者と同一世帯の方全員分」で「続柄」「マイナンバー」入り
	⑤ マイナンバー	・「対象者」と「対象者と同一保険で 16 歳以上の方全員分」 ※ただし、④住民票（続柄・マイナンバー入り）を提出の場合は、省略可。 ※マイナンバーは、該当者分を 1 枚にまとめてください。（身元確認等とは別用紙）
該 当 者	身元確認書類	・「申請者」又は「代理人申請の場合は、代理人 + 委任状」
	特 例 ⑦ 按分（世帯内）	・該当者の受給者証コピー
	⑧ 人工呼吸器等	・【様式 5】●指定医が作成
	⑨ 重症患者認定	・【様式 4】確認書類（医療意見書 又は 身体障害者手帳など）

7 月額自己負担上限額

自己負担上限月額、支給認定基準世帯員の市町村民税課税状況及び所得等に基づいて、次のとおり決定します。（市町村民税の課税額は、住民税を納付する市町村が決定します。）

階層区分		階層区分の基準		自己負担上限額（自己負担：2 割、外来＋入院）		
				一 般	「重症」又は 「高額かつ長期」	人工呼吸器等 装着者
A	生活保護	—		0		
B	低所得Ⅰ	市町村民税 非課税世帯	保護者収入 80 万 9 千円以下	1,250 円		500 円
C	低所得Ⅱ		保護者収入 80 万 9 千円超	2,500 円		
D	一般所得Ⅰ	市町村民税 課税世帯	課税以上 7.1 万円未満	5,000 円	2,500 円	
E	一般所得Ⅱ		7.1 万円以上 25.1 万円未満	10,000 円	5,000 円	
F	上位所得		25.1 万円以上	15,000 円	10,000 円	
入院時の食事療養費				1/2 自己負担		

・生活保護受給世帯及び血友病認定者の方は、自己負担額（入院時食事療養費を含む）0 円です。

8 申請書の記入について

新規

「新規」に☑してください

2023.10

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 1-1 □新規 □疾病追加・変更

受診者

氏名	生年月日	受給者番号(新規を除く)
氏名	平 年 月 日	
住所		
電話番号	※日中に連絡できる番号を記入してください	
医療保険	保険番号	被保険者の 記号・番号
病名		

自己負担上
限額の特例
(該当する場合のみ)

☐世帯内被扶養者 ☐人工呼吸器等装着 ☐重症患者認定 ☐高額かつ長期 病気を除く

種別	支給者番号	支給者氏名
□小児慢性 〇指定障病		
□小児慢性 〇指定障病		

・医療費の支給認定日は、①医療意見書に記載された診断年月日、②保険者が申請書受理した日の
 ひとつ月前の日、を比べて後の日となります。

(注) ①平成25.11.10、②平成25.11.20(受給日平成25.11.20)の場合、支給額表は別記1.10となします。

医療意見書の診断年月日を確認のうえ、該当する場合は☑し、必要事項を記入してください。

☐医療意見書の交付等により申請に時間を要した
☐症状悪化等により申請に時間を要した ☐その他

当死には、医療意見書に記載された診断年月日等、医療者の
 判断を尊重することと認識し考えられる年月日を記入。

厚生労働大臣 様、

私は、提出した医療意見書が、別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」のとおり、小児慢性特定疾病の研究及び政策を立案するための提供資料として、利用されることに ☐同意します ☐同意しません。 ※チェックがない場合は同意したものとみなします。

ページにある(様式2)「医療意見書の研究利用に関するご説明」のうえ、どちらかに☑してください。同意の有無は、支給認定に
 関係ありません。

※申請者氏名は、被保険者(被扶養者、国民健康保険)又は保険者になります。

郵便物の送付先 (受診者住所と異なる場合のみ。記入してください)

送付先の郵便番号

送付先の電話番号

追加・変更

生・保1・保0・1・0・1・0・上

自己負担上限額

円

と異なる場合のみ記入してください。

広島県ホームページにある（様式2）「医療意見書の研究利用に関するご説明」をお読みのうえ、どちらかに☒してください。同意の有無は、支給認定に影響を及ぼすものではありません。

受診者と異なる場合のみ記入してください。

支給認定基準世帯員（受診者の医療保険を記載のうえ、記入してください。）

- ▶市町国保の方：住民票上の世帯で、受診者と同じ医療保険に加入する18歳以上の方全員。
- ▶国保組合の方：住民票が異なる場合も含めて、受診者と同じ医療保険に加入する18歳以上の方全員。
- ▶上記以外の方：住民票が異なる場合も含めて、被保険者（医療保険の加入者）

*受診者の記入は不要です。
 *住所は、申請月並にその月の場合は前年の1月1日、12月1日の場合は前年の1月1日、住所地を記入してください。
 *文書指定基準世帯員の方は、マイナンバーを掲載する必要があります。記載欄がない場合は空欄で構いません。

	支給認定基準世帯員	受診者と の関係	市町村国保	国民健康保険	介護保険	その他
申請者	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	本人	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	
1.	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	家族	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	
2.	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	家族	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	
3.	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	家族	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	
4.	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	家族	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	
5.	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 住所 _____ 市区町村 _____	家族	☐ 市町国保 ☐ 市町国保 ☐ 市町国保	☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険	☐	

収入に関する申立て（市町村民税非課税証明書の世帯の方は、次のいずれかにチェックし記入してください。）

☐申請者（受診者が18歳以上の場合又は本人）の年間収入額は、80万円を超えるため低所得Ⅱ（自己負担上限額2,800円）に該当します。（下欄は記入不要）

☐申請者（受診者が18歳以下の場合又は本人）の年間収入額は、80万円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額1,250円）に該当します。

※年間収入額は、下欄①～③合計額により決まります。（下欄に記入及び関係書類を添付）

入りの種類	年間収入額
①市町村民税非課税証明書の合計所得金額	円
②公的年金収入	円
③その他の収入（除却収入に口をつけ、年金や給与以外の収入、受取利息等の収入のコピーを添付）	円
□受給なし	
□児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金	
□児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金 □児童手当金	
④～⑥の合計額	円

※年間収入額は、「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他の収入」を合計した額です。

※上記にチェックがない場合は収入認定を利用して年収額が80万円を超えないことが確認できた場合は、低所得Ⅰ（自己負担上限額899円）と確定します。

申請者は、申請者欄に記入してください。

該当する項目に
☒してください。

住所は、情報連携に必要
なので、*注意事項を
ご確認のうえ、記入して
ください。

全ての支給認定基準世帯員が非課税の場合、必ずどちらかに☒し、低所得Ⅰの方は、下欄「年間収入額」を記入してください。

9 問合せ先・提出先について

窓口の受付時間：月曜日～金曜日（祝日を除く） 8:30～17:15。

なお、郵送で申請される場合の郵送料は、自己負担となります。

お住まいの市町	問合せ先・提出先	所在地 / 電話
大竹市、廿日市市	西部保健所 (保健課 健康増進係)	〒738-0004 廿日市市桜尾二丁目 2-68 ☎ (0829)32-1181
安芸高田市、府中町 海田町、熊野町、坂町 安芸太田町、北広島町	西部保健所 広島支所 (保健課 健康増進係)	〒730-0011 広島市中区基町 10-52 (広島県農林庁舎 1 階) ☎ (082)513-5526
江田島市	西部保健所 呉支所 (厚生保健課 保健係)	〒737-0811 呉市西中央一丁目 3-25 ☎ (0823)22-5400
竹原市、東広島市 大崎上島町	西部東保健所 (保健課 健康増進係)	〒739-0014 東広島市西条昭和町 13-10 ☎ (082)422-6911
三原市、尾道市 世羅町	東部保健所 (保健課 健康増進係)	〒722-0002 尾道市古浜町 26-12 ☎ (0848)25-2011
府中市、神石高原町	東部保健所 福山支所 (保健課 健康増進係)	〒720-8511 福山市三吉町一丁目 1-1 ☎ (084)921-1311
三次市、庄原市	北部保健所 (保健課 健康増進係)	〒728-0013 三次市十日市東四丁目 6-1 ☎ (0824)63-5181

この案内及び制度のお問合せ先： 広島県 健康福祉局 疾病対策課 ☎ (082)513-3070

広島市、福山市、呉市にお住まいの方は、それぞれの市にお問い合わせください。

【広島市】	広島市 こども・家庭支援課	☎ (082) 504-2623
【福山市】	福山市保健所 保健予防課	☎ (084) 928-1127
【呉市】	呉市保健所 地域保健課	☎ (0823) 25-3525

10 各種様式ダウンロードについて



広島県公式ホームページ

【健康・福祉・子育て>疾病対策課>難病対策>
小児慢性特定疾病医療費助成制度について】
※各種申請様式は、こちらに掲載しています。

広島県 難病



スマートフォンの方はこちら▶



小児慢性特定疾病情報センター

小児慢性特定疾病医療費助成制度の概要等
※医療意見書の様式は、こちらに掲載されて
います。

小児慢性情報センター



スマートフォンの方はこちら▶

