

北海道小児慢性特定疾病医療費支給認定事務取扱要領

1 趣旨

小児慢性特定疾病医療費の支給認定については、北海道小児慢性特定疾病支給認定実施要綱（以下「要綱」という。）に定めるところによるほか、この要領によるものとする。

2 小児慢性特定疾病医療費の範囲等

(1) 公費負担の範囲

本事業は、診断が確定した後、認定疾病及び認定疾病に付随して発生する傷病に対する治療に係る費用を公費負担するものであり、これ以外のもの（疾病を判明させるための検査及びいわゆる併発病等）については支給の対象とならない。

なお、診療報酬として保険請求できるものが対象となることから、保険給付外の差額ベッド料等は給付の対象とならない。

また、公費負担できる額の限度は原則として高額療養費制度に規定する額となる。

(2) 入院時食事療養費（標準負担額）の取扱い

市町村民税非課税世帯の被保険者又は被扶養者等（以下「減額対象者」という。）が入院した場合は、一般患者より減額された標準負担額が適用されるので、本制度の支給対象となる児童等が減額対象者に該当する場合は、加入する保険者から「標準負担額減額認定書」の交付を受け、入院する指定医療機関の窓口に提示するよう促すこととする。

(3) 長期高額疾病患者の取扱い

血友病及び腎透析（人工腎臓を実施している慢性腎不全）患者は、「特定疾病」に該当し、自己負担額（公費負担額）が、月額 10,000 円（腎透析患者で上位所得者については月額 20,000 円）に軽減されるので、申請書を受理するときは、「特定疾病療養受療証」の交付の有無を確認し、交付を受けていない場合は、速やかに加入する保険者から交付を受け、受診時に指定医療機関の窓口に提示するよう促すこととする。

(4) 償還払いができる場合

要綱第 18 第 2 項に規定する償還払は次により行うものとする。

ア 請求のできる期間

受給者等が医療機関等に費用を支払った日の翌月から 5 年以内（受給者証の有効期間内であって受給者証が交付される以前に支払われた費用の請求については受給者証が交付された日の翌月から 5 年以内）とする。

イ 請求のできる範囲

次のとおりとする。

なお、(ア)～(ウ)に該当する場合であっても、すでに国又は地方公共団体の負担において小児慢性特定疾病医療費の支給に相当する給付がなされた場合は対象外とする。

(ア) 受給者証の交付申請をしてから、交付を受けるまでの間に医療機関を受診し、支払った小児慢性特定疾病医療費に相当する費用。

(イ) 病状の急変などやむを得ない事情により、指定医療機関以外の医療機関を受診し、支払った小児慢性特定疾病医療費に相当する費用。

(ウ) (ア) 及び (イ) の他知事が必要と認めた小児慢性特定疾病医療費に相当する費用。

3 支給認定の申請

(1) 申請区分

支給認定の申請区分は次のとおりとする。

なお、標準処理期間は 3 か月とする。

ただし、書類の不備や医療機関へ疑義が生じた場合など、申請を補正するために要する期間等については、標準処理期間に含まない。

ア 新規申請

その疾患群での初回の申請をいう。

なお、別の疾患群で既に受給者証の交付を受けている者については、申請書にその受給者番号を記載するものとする。

イ 転入申請

他自治体（他都府県及び札幌市、旭川市、函館市（以下同じ。））で受給者証の交付を受けていた者が住所の移転により申請することをいう。

ウ 更新申請

その疾患群の2回目以降の申請をいう。

なお、交付を受けた受給者証の有効期間満了日の翌日から1年以内の申請は、継続申請の扱いとするが、1年を超えてからの申請については、新規申請とする。

エ 疾病追加申請

既に受給者証の交付を受けている疾患群と同一の疾患群であり、別の疾病を追加して申請することをいう。審査の結果認定となった場合は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日、又は疾病追加の申請が行われた日（郵送申請の場合は消印等の日）から原則1か月前（申請に時間を要したことにやむを得ない理由がある場合は最長3か月前）の日のいずれか後の日に遡って、小児慢性特定疾病医療費を支給するものとし、新たな疾病の名称を追加した受給者証を交付するものとする。

なお、受給者番号は変更しない。

(2) 添付書類

ア 要綱第7の1の(2)で示す医療意見書は、指定医の記載から3か月以内ものを有効な書類とする。

イ 要綱第7の1の(2)で示す住民票等とは、支給認定世帯員の住民票又は児童及び保護者の住所地が確認できる健康保険証の写し等をいう。

ウ 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書類とは、世帯調書（様式2）及び小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（様式1）の裏面に記載している区分ごとの提出書類をいう。

(3) 医療保険における所得区分の把握に必要な書類

ア 再交付申請以外の申請には、医療保険上の所得区分に関する情報を保険者が知事に情報提供することに同意する旨の同意書を得なければならないため、保護者の協力を求めるものとする。

イ 保険者が対象患者の所得区分の認定を行うために必要な書類は、医療保険の種別に応じて次のとおりとする。

(ア) 被用者保険の場合

被保険者の市町村民税非課税証明書（被保険者の市町村民税が非課税の場合のみ）

(イ) 国民健康保険（市町村）の場合

なし

(ウ) 国民健康保険組合の場合

組合員及び世帯の被保険者全員の市町村民税所得課税証明書

(4) 受給者証の有効期間の取扱い

受給者証の有効期間は、原則1年以内とする。

なお、受給者証の有効期間の開始日は、次の①又は②のいずれか後の日に遡った日とする。

① 指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日

② 当該支給認定申請日（郵送申請の場合は消印等の日）から原則1か月前（申請に時間を要したことにやむを得ない理由がある場合は最長3か月前）の日

また、次に掲げる場合にあつては、1年を超え2年未満の有効期間を設定できるものとする。

ア 18歳到達後の更新申請において、有効期間を1年以内とした場合、20歳到達までの残余期間が6か月以内となるとき。

イ 複数の小児慢性特定疾病にり患しており、各々の治療のために支給認定の申請をする場合において、申請日が異なるとき。（ただし、後に申請をした疾病の支給認定の終期を、先に申請をした疾病の支給認定の終期に合わせるものとする。）

ウ 同一の支給認定世帯で複数の小慢児童等が支給認定の申請をする場合において、申請日が異なるとき。（ただし、後に申請をした者の支給認定の終期を、先に申請をした者の支給認定の終期に合わせるものとする。）

4 高額治療継続者の取扱い

次のとおり取り扱うほか、申請書や受給者証における高額治療継続者の名称は「高額かつ長期」とする。

(1) 認定のための医療費総額の範囲

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けていない期間の医療費及び特定医療費（指定難病）等の国又は地方公共団体の負担において小児慢性特定疾病医療費の支給に相当する給付がなされた医療費については勘案しないものとする。

(2) 確認資料

医療費総額が5万円を超えた月数が6回以上あることを確認できる資料とは、次の書類とする。

ア 受給者が記載する医療費申告書（別紙様式2）（指定医療機関が発行する領収書又は診療明細書を添付。）

イ 医療機関が記載する医療費記載総額証明書（別紙様式3）

ウ 自己負担上限額管理票（様式7）

5 療養負担加重患者の取扱い

療養負担加重患者の申請において、医療意見書又は身体障害者手帳の写し等では、要綱別表1「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に適合していることを確認できないものにあつては、医療意見書別紙（小児慢性特定疾病重症患者認定）（別紙様式1）を添付するものとする。

なお、申請書や受給者証における療養負担加重患者の名称は「重症患者認定」とする。

6 支給認定の変更

受給者等は、支給認定の有効期間内において、要綱第7第2項、第3項及び第4項によるほか、市町村民税の額に変更が生じた場合及び生計中心者に変動があつた場合等、自己負担上限月額の変更を必要としたときは、支給認定の変更の申請を行うことができるものとする。

7 受給者証の記載事項の変更等

(1) 住所及び氏名の変更

住所及び氏名の変更の届出があつたときは、道保健福祉部健康安全局地域保健課（以下「地域保健課」という。）又は道立保健所、小樽市に住所を有する者にあつては小樽市保健所（以下「小樽市保健所」という。）で受給者証の訂正を行うものとする。届出を受理した道立保健所又は小樽市保健所は、速やかに記載事項変更届（様式5）及び訂正後の受給者証の写しを地域保健課へ進達するものとする。

なお、住所変更の場合で、所管保健所が変わる場合は、地域保健課若しくは新住所地を所管する保健所（道立保健所又は小樽市保健所）が届出を受理するものとする。

(2) 保険の変更

保険の変更の届出があつたときは、地域保健課又は道立保健所、小樽市保健所で受給者証の訂正を行うものとし、その際、適用区分欄には「*」と記入するものとする。届出を受理した道立保健所又は小樽市保健所は、速やかに記載事項変更届（様式5）及び訂正後の受給者証の写しを地域保健課へ進達するものとする。

進達を受けた地域保健課は、保険者に対し、医療保険上の所得区分を確認の上、受給者証に記載し、直接（小樽市に住所を有する者にあつては小樽市保健所を経由して）申請者に受給者証を交付するものとする。

8 受給者証の返納

受給者証の返納があつたときは、道立保健所又は小樽市保健所は、速やかに受給者証返納届（様式6）を地域保健課に進達するものとする。

9 階層区分

要綱別表2に規定する階層区分については、市町村が発行する課税証明書、非課税証明書等をもって支給認定世帯の市町村民税額を確認し、認定を行うが、税制上の申告をしておらず、市町村民税額を確認できない場合及び申立てにより証明書類の提出がない場合にあつては、階層区分

Ⅵ（上位所得）に該当するものとして取り扱うものとする。

また、支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯の場合にあっては、受給者の収入額を確認の上、要綱別表2の階層区分Ⅱ（低所得Ⅰ）に該当する否かの判断を行うものとするが、収入額を確認できる書類の提出がなく算定できない場合及び証明書類の提出が困難である旨の申立てがあった場合にあっては、要綱別表2の階層区分Ⅲ（低所得Ⅱ）に該当するものとして取り扱うものとする。

10 境界層措置

小児慢性特定疾病医療費の支給については、本来適用されるべき階層区分を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い階層区分を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者については、本来より負担の低い階層区分を適用することとし、当該措置が適用される要保護者（生活保護法第6条2項に規定する要保護者をいう。）に係る医療費負担の軽減措置を適用する優先順位については、まず小児慢性特定疾病医療費の軽減措置、次に入院時の食事療養に係る負担額の減免措置の順に講ずるものとする。

なお、この場合は福祉事務所長による証明書類の提出を求めるものとする。

11 複数の小児慢性特定疾病にり患している場合の取扱い

（1）医療意見書

当該複数疾病の各々の治療のために小児慢性特定疾病医療費の支給を受けようとするときは、疾病ごとに医療意見書を提出するものとする。

（2）受給者証

知事は、支給認定を行う小児慢性特定疾病ごとに受給者証を交付するものとする。

ただし、同一疾患群において、複数疾病の支給認定を行う場合にあっては、一枚の受給者証に複数疾病名を記載し、交付するものとする。

（3）自己負担上限月額

複数疾病にり患している小慢児童等に係る自己負担上限月額については、支給認定を受けた疾病ごとに重症患者等区分への該当等を判断し、最も低額となる額とする。

12 他自治体からの転入者の申請

他自治体で受給者証の交付を受けていた者が、当該受給者証の有効期間内に道内に転入し、支給認定の申請をする場合の取扱いは次のとおりとする。

（1）提出書類

前自治体で交付された受給者証の写し及び要綱第7第1項に規定する書類（医療意見書を除く。）とする。

（2）受給者証の交付

地域保健課において、転入前の受給者証を交付した前自治体に確認し、当該申請が適正であると判断した場合は、医学的審査を行うことなく、当該申請者に対し、受給者証を交付するものとする。

この場合における受給者証の有効期間は、申請書を地域保健課又は道立保健所、小樽市保健所が受理した日（郵送等の場合は、消印等の日）から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

（3）自己負担上限月額

転入前の受給者証を引き継ぐが、支給認定世帯員の変動等で所得区分が変わる場合は、第6に規定する支給認定の変更があったとみなし、転入に係る申請の翌月から自己負担上限月額を変更する。

13 血友病患者の取扱いについて

血友病患者の小児慢性特定疾病医療費及び入院時の食事療養費に係わる自己負担額は0円とする。

また、所得把握の必要がないことから、申請時に市町村民税の課税状況が確認できる書類の提出も不要であり、支給認定の申請の際には申請書及び医療意見書を提出させることを持つて足りるものとする。

14 公費負担者番号について

公費負担者番号の設定については次のとおりとする。

ア イ以外

法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号
5 2	0 1	8 0 1	7

イ 実施要綱第13の2、境界層該当者又は血友病患者に該当する場合

法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号
5 2	0 1	8 0 1	7

附 則

この要領は、平成27年1月1日から施行する。

ただし、5の規定については、平成27年6月1日から施行する。

改正後の要領は、令和元年7月1日から施行する。

改正後の要領は、令和3年4月1日から施行する。

改正後の要領は、令和4年4月1日から施行する。

改正後の要領は、令和5年10月1日から施行する。

改正後の要領は、令和6年4月1日から施行する。