

# 更新 小児慢性特定疾病医療受給者証申請提出書類チェックシート

ふりがな 受診者氏名		受給者番号							
ふりがな 連絡先氏名		受診者との続柄	本人・父・母・その他（ ）						

- 「小児慢性特定疾病医療受給者証申請のご案内」をお読みいただき、必要書類をご準備ください。
  - こちらのチェックシート(両面)の申請者確認欄にチェックを記入しながら書類が揃っているか、ご確認ください。
- ※ 書類提出後、確認のため問い合わせや書類の追加提出を求める場合があります。ご了承ください。

## ●必要書類《全員必要分》

申請者 確認欄	提出書類	備考
<input type="checkbox"/>	チェックシート	こちらのシート(両面)で必要書類をチェックし、ご提出ください。
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療費支給認定 申請書／小児慢性特定疾病登録者 証申請書 令和6年度更新	両面を申請者がご記入ください。
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療費支給認定 個人番号記載欄	対象者全員の個人番号をご記入ください。 詳しくは、案内別紙2「個人番号（マイナンバー）の記入等に係る注意点」を ご参照ください。
<input type="checkbox"/>	個人番号確認書類(※郵送の場合、 対象者分のコピー)	確認書類については、案内別紙2「個人番号（マイナンバー）の記入等に係る 注意点」をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	申請者の身元確認書類(※郵送の 場合、申請者分のコピー)	郵送で申請の場合は確認書類のコピーを個人番号記載欄裏面に貼付してくださ い。窓口で申請の場合は確認書類の原本をご提示ください。
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療意見書 (継続用)	指定医にご依頼ください。 指定医の記載年月日から3ヶ月以内にご提出ください。
<input type="checkbox"/>	住民票	同意書(情報照会用)にて同意いただける方は提出不要です。 同意書(情報照会用)にて同意いただけない方は、世帯全員の続柄入りのもの で、発行日より3ヶ月以内のものがが必要です。
<input type="checkbox"/>	令和6年度市町村民税 (非)課税証明書	提出が必要な方の分を「小児慢性特定疾病医療受給者証申請のご案内」にて確 認し、ご提出ください。発行日より3ヶ月以内のものがが必要です。
<input type="checkbox"/>	生活保護等受給証明書	生活保護等受給中の場合ご提出ください。
<input type="checkbox"/>	同意書(情報照会用)	情報連携による添付書類省略を希望する場合ご提出ください。 詳しくは、同意書(情報照会用)をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	加入医療保険情報確認書類のコピ ー貼付用紙	提出が必要な方の分を「小児慢性特定疾病医療受給者証申請のご案内」にて確 認し、ご提出ください。 生活保護受給中でもお持ちの場合はご提出ください。
<input type="checkbox"/>	同意書(医療保険加入者用)	生活保護受給中でも医療保険にご加入の場合はご提出ください。

- 更新書類受付は令和7年2月3日(月)まで(郵送する場合は当日消印有効)です。(※土日祝は閉庁)
- ※ ただし、やむをえず申請が遅れる場合、最終受付期限は令和7年3月31日(月)(郵送する場合は当日消印有効)です。  
なお、窓口の受付時間は平日の午前8時30分から午後5時15分までです。
- 裏面もご確認ください。

●必要書類《該当者必要分》

申請者 確認欄	提出書類	別途書類が必要な場合
<input type="checkbox"/>	申請者の収入金額を確認する書類 のコピー	市町村民税が非課税の場合 ※ 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書裏面の「申請者の収入に関する申 立欄」に☑をお願いします。
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病重症患者 認定申請書	重症申請する場合
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病重症患者 認定意見書	
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者 申請時添付書類	常時人工呼吸器等を装着している場合
<input type="checkbox"/>	自己負担上限額管理票のコピー (または、医療費申告書及び小児 慢性特定疾病に係る領収書の コピー)	高額かつ長期の認定を引き続き希望される場合 ※ 医療費総額5万円を超える6か月分(更新申請月を含む12か月以内)につ いて提出してください。 高額かつ長期については、案内 <sup>別紙3</sup> をご参照ください。
<input type="checkbox"/>	指定難病または小児慢性特定疾病 受給者証のコピー	受診者と同一医療保険加入者に指定難病または小児慢性特定疾病の受給者が いる場合(または受診者が指定難病の受給者でもある場合)
<input type="checkbox"/>	限度額適用認定証および限度額適 用・標準負担額減額認定証のコピ ー	健康保険の限度額適用認定証等をお持ちの場合
<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療証のコピー	特定疾病療養受療証をお持ちの場合

【必ずご記入ください】以下、該当となるものに、○をつけてください。

- 前回申請の内容から変更事項はありますか。(あり・なし)  
以下、【あり】の場合、該当するものに○をつけてください。
  - ① 変更項目は何ですか。  
(氏名・住所・電話番号・加入医療保険・申請者・送付先住所・  
重症患者認定・高額かつ長期・人工呼吸器等装着者・  
その他( ) )
  - ② 変更項目の反映は**現在お持ちの受給者証**(有効期限: 令和7年3月31日まで)に必要ですか。(はい・いいえ)
  - ③ が【はい】の場合 → **別途変更申請が必要**です。奈良市保健所 保健予防課までお問い合わせください。  
②が【いいえ】の場合 → (今回の申請が承認となった場合) **更新後の受給者証**に変更項目を反映いたします。
- 受診者本人の属する保険の世帯の市町村民税が非課税で、下記の年金・手当等の受給金額のコピーを添付している場合、当てはま  
るものに○をつけてください。  
添付した年金・手当等のコピーは令和5年中に受給した金額(全て・一部)  
以下【一部】の場合、ご記入ください。  
令和5年1月~12月に、添付した年金・手当等を何回受給されていますか。( )回