



指定医療機関（受診を希望する指定医療機関をすべて記載してください。他の都道府県の指定医療機関にかかる場合も記載が必要です。）

	医療機関・薬局・訪問看護事業所名	所在地
受診を希望する指定医療機関 ※薬局・訪問看護事業所を 含みます。	〇〇病院	〇〇市〇〇-〇〇
	〇〇クリニック	〇〇市××-×
	〇〇薬局	〇〇市□□-〇〇
	〇〇訪問看護ステーション	〇〇市△△-〇〇
	<p><b>現在、小児慢性特定疾病の治療で受診している指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）の名称と所在地を記入してください。医療機関名は省略せず、正確に記入してください。</b></p> <p><b>※他自治体の指定医療機関も受診している場合はご記入ください。</b> <b>また、今後受診を希望する指定医療機関がありましたら、併せて記入してください。</b></p>	

<自己負担上限額の特例についての注意事項>

(1) 人工呼吸器等装着者（人工呼吸器または体外式補助心臓）  
長期にわたり継続して常時（※）生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活の動作が著しく制限されている方。  
（※）「長期にわたり継続して常時」とは、生命維持管理装置を一日中装着し、今後1年間にわたって離脱の見込みがないことを指します。

（必要書類）  
・医師が作成した人工呼吸器等装着者証明書（別紙様式第3号）

(2) 高額かつ長期  
小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けた日以降に、当該支給認定を行う日が属する月以前の12月以内に、当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療費支援につき医療費の総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が5万円を超えた月が6回以上あった（※）方。

（必要書類）  
・重症患者認定申告書（別紙様式第2号）  
・（※）について証明できる書類（例：該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー）

(3) 重症患者認定基準該当  
審査で基準に該当していると判断された場合、重症患者認定がされます。

（必要書類）  
・重症患者認定申告書（別紙様式第2号）  
・重症患者認定申告書（別紙様式第2号）基準①に該当する場合は障害者手帳の写しなど

(4) 世帯内按分特例  
今回申請する受給者と同一世帯かつ同一医療保険に加入している方で、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方がいる場合、もしくは、今回申請する受給者が指定難病の医療費助成を受けている（小児慢性特定疾病と同一疾病は除く）場合、自己負担上限額を按分できる場合があります。

（必要書類）  
・指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者証