

## 申請が遅れたことのやむを得ない理由の例

- ※ 診断年月日等から1か月以内に申請を行わなかったことについて、やむを得ない理由がある場合は、申請日から最大3か月の支給開始時期の遡りの対象となります。
- ※ 以下を参考に申請書のチェックボックスを記載してください。
- ※ その際、証明書類等の提出は必要としません。

### □ 医療意見書の受領に時間を要したため

- 「診断がついた」あと「医療意見書の受領まで」に申請者の責めに帰さない理由により時間を要したケース  
※ 診断後1か月以内に意見書を受領した場合でも、残りの期間が少なく1か月以内に申請することが難しい場合も含む。
- × 「診断がつく」までに時間を要したケースは想定していない。

### □ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため

- 成年患者本人や申請者である保護者が、体調面の理由により準備に時間を要したケース
- 成年患者本人や申請者である保護者が、自分以外の家族等の看護や介護におわれていたケース  
※ 体調面の原因は、申請する疾病に限らない。（認知機能・高齢による身体機能の低下も含む。）
- ※ 代理人の有無やその代理人による申請の可否は考慮しない。

### □ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため

- 地震、豪雨、豪雪、津波等に被災したことにより準備に時間を要したケース
- 感染症により行動制限が必要であるケース  
※ 地域における災害等の状況を鑑み、やむを得ない理由として差し支えない。

### □ その他

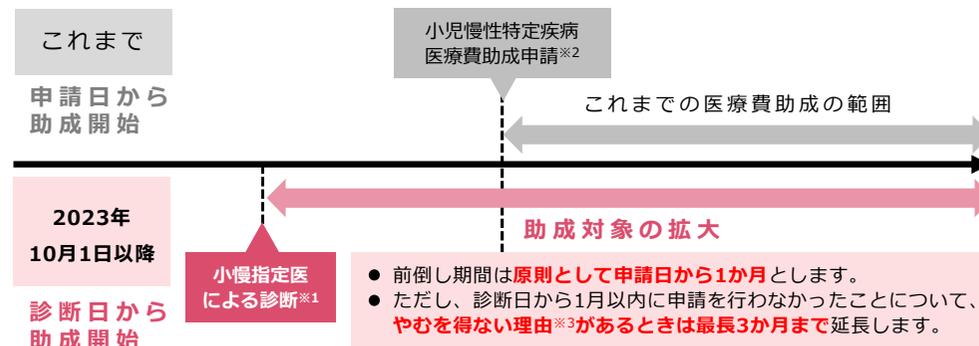
- 医療機関から診断を受け医療意見書を発行されているが、DV被害を受け（女性相談所で一時保護を受ける等）、申請手続きのために直ちに動けなかった。
- 離島患者において、医療機関が遠隔地（島外）にあり、医療意見書を受領後、治療のため帰島することができず、申請書類の準備や提出に時間を要したため 等
- × 仕事、育児、失念、身内の不幸、転居等は想定していない。

## 小児慢性特定疾病と診断された方、保護者の皆さまへ

# 2023（令和5）年10月1日から小児慢性特定疾病医療費助成制度が変わり、 小児慢性特定疾病医療費の支給認定の 開始日を遡ることができます

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日が、これまでの「申請日」から、「疾病の状態の程度を満たしていることを診断した日※<sup>1</sup>等」へ遡ることが可能になります

## 医療費助成の見直しのイメージ



※<sup>1</sup> 疾病の状態の程度を満たした日を確認するため、医療意見書に新たに「診断年月日」の欄を設け、指定医において、医療意見書に記載された内容を診断した日を記載します。

※<sup>2</sup> 2023（令和5）年10月1日以降の申請から適用します。ただし、2023年10月1日より前の医療費について、助成の対象とすることはできません。

※<sup>3</sup> 診断書（医療意見書）の受領に時間を要した、診断後すぐに入院することになった、大規模災害に被災した など（具体的な事例は、最終ページをご覧ください）

小児慢性特定疾病に関する情報は「小児慢性特定疾病情報センター」ウェブサイトをご覧ください。

都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市（特別区含む）ごとの相談窓口や小慢指定医・小慢指定医療機関、小児慢性特定疾病の概要や診断の手引き、疾病の状態の程度などが掲載されています。

小慢情報センター 検索  
<https://www.shouman.jp/>

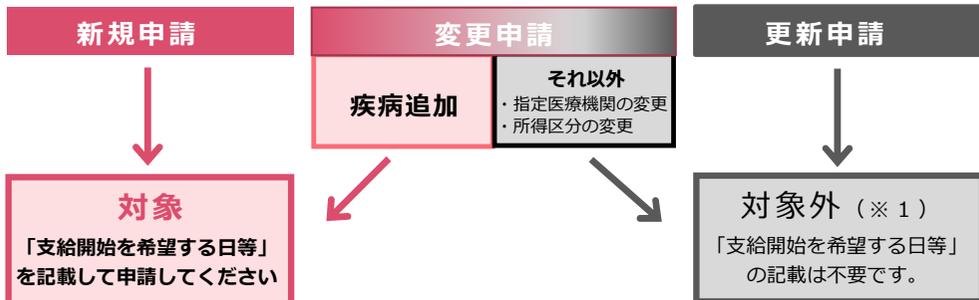
申請方法等については、次ページ以降をご確認ください。  
医療費助成の申請方法について、詳しくはお住まいの都道府県・指定都市・中核市及び児童相談所設置市（特別区含む）の窓口にお問い合わせください

# 小児慢性特定疾病の医療費助成を申請される皆さまへ

## 申請の流れについて

### 【申請の種類】

廻りが可能な申請は「**新規申請**」と「**変更申請（疾病追加）**」です。



（※1）ただし、支給認定有効期間満了後の申請となってしまった方は廻りの対象となります。

### 【申請書の記載方法】

申請書に**医療費の支給開始を希望する日等**を記載していただく必要があります。

「申請書」と「医療意見書」等をご用意いただき、右ページのフローに倣って、**下記の赤枠内**（支給開始を希望する日等）を記載してください

### 【申請書の例】

|                                                                                               |       |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※5, 6）                                                      | 年 月 日 | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】<br><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">                 A 年 月 日             </div> |       | 申請者氏名                                                                                                                                                                                                                                |
| 知事（市区長） 殿                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                      |

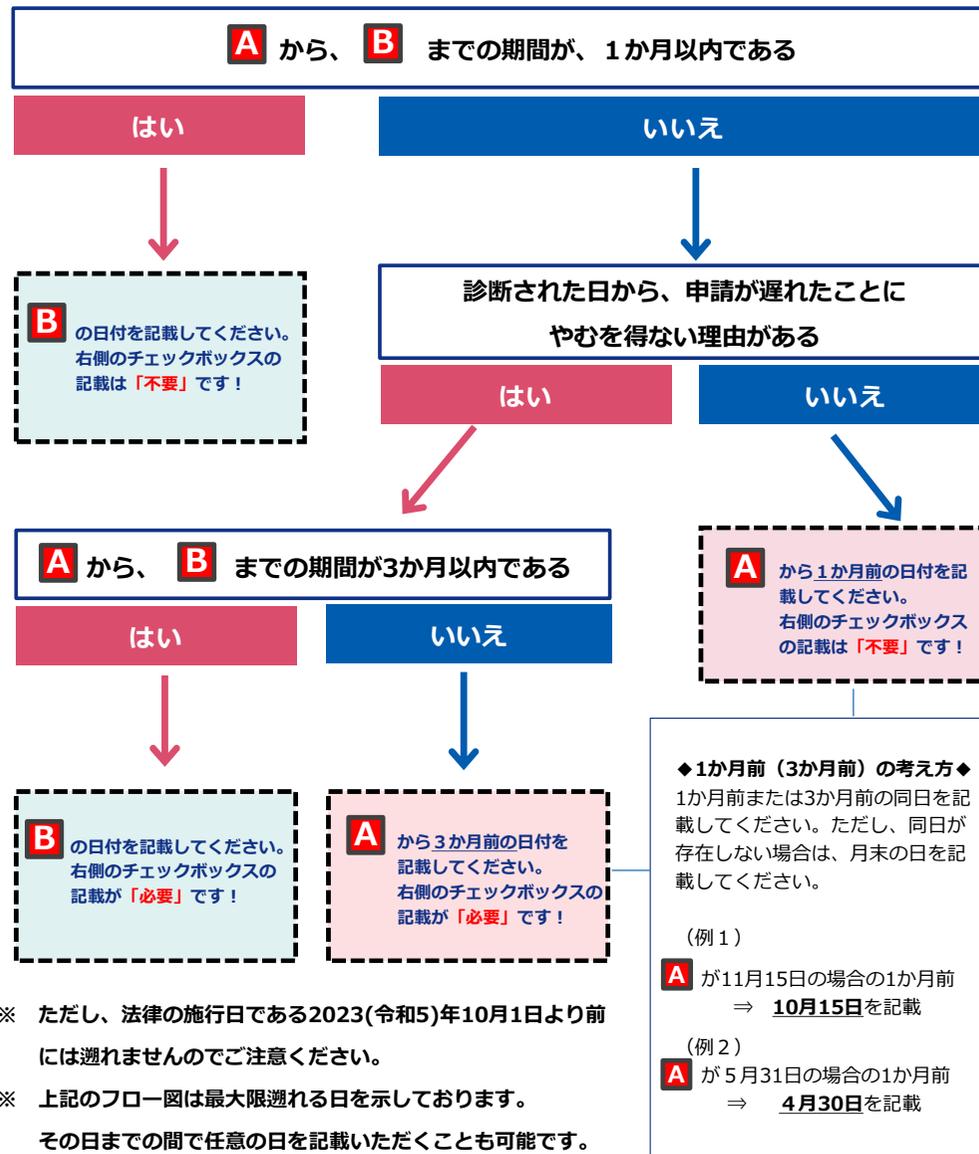
### 【医療意見書の例】（※2）

|                          |                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 医療機関・医師署名                |                                                                  |
| 上記の通り診断します。              |                                                                  |
| 医療機関名<br>医療機関所在地<br>電話番号 | B 記載年月日 年 月 日<br>診断年月日 年 月 日<br>診療科<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

（※2）アクセスキー付の医療意見書は、様式が異なる場合があります。

**A** : 小児慢性特定疾病医療費の支給申請日  
**B** : 医療意見書の診断年月日



やむを得ない理由の例については、次のページをご参照ください