

提出書類チェックリスト

※こちらのチェックリストもご提出ください※

書類がそろっているか、口欄に✓し、申請書類の一番上に付けて提出してください。

| チェック |                          | 申請者でご記入いただくもの                                                           | 備考                                                                                                                                                                                                                                             |
|------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | <input type="checkbox"/> | 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書                                                      | ・別添の記入例をご確認ください。両面に記入欄があります。<br>・申請者の署名漏れがないようにしてください。<br>・マイナンバーの記入漏れがないようにしてください。                                                                                                                                                            |
| 2    | <input type="checkbox"/> | 所得区分調査に関する同意書                                                           | ・別添の記入例をご確認ください。                                                                                                                                                                                                                               |
| 3    | <input type="checkbox"/> | 医療意見書の研究等への利用についての同意書                                                   | ・別添の記入例をご確認ください。<br>・ご提出は任意です。                                                                                                                                                                                                                 |
| チェック |                          | 医療機関で取得するもの                                                             | 備考                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4    | <input type="checkbox"/> | 医療意見書（継続用）                                                              | ・ <b>指定医による作成が必要</b> です。医療機関に依頼し、取得してください。<br>・作成年月日が令和7年（2025年）6月1日以降のものを有効とします。<br>・複数の疾病で認定されている場合で、引き続き複数の疾病の認定を受けるには、それぞれの疾病に対する医療意見書が必要です。                                                                                               |
| チェック |                          | 申請する方で用意いただくもの                                                          | 備考                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5    | <input type="checkbox"/> | 健康保険情報確認書類                                                              | ・社会保険または熊本市国保の方：お子さんの名前が載っているもの。<br>・国民健康保険（熊本市国保除く）の方：世帯全員のもの。                                                                                                                                                                                |
| 6    | <input type="checkbox"/> | 現在お持ちの受給者証の写し                                                           | ・受給者証の表及び裏面について全て写しを送付してください。                                                                                                                                                                                                                  |
| 7    | <input type="checkbox"/> | 申請者（保護者）確認書類                                                            | ・申請者（保護者）について、以下の（1）か（2）どちらかをご提出ください<br>（1）マイナンバーカードの写し（両面）<br>（2）公的機関が発行している顔写真入りの本人確認ができるものの写し（運転免許証、パスポート等）                                                                                                                                 |
| チェック |                          | 該当される方のみ提出が必要なもの                                                        | 備考                                                                                                                                                                                                                                             |
| 8    | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定申告書                                                               | ・対象者：①重症患者認定を受けている方、又は新たに重症患者認定を申請される方<br>②高額治療を継続されている方<br>（疾病に係る医療費総額が5万円/月を超えた月数が、年間6回以上ある場合）<br>・①の場合 主治医へご確認の上、あてはまる項目に○を記入してください。<br>・②の場合 該当年月を記入しご提出ください。該当年月が令和6年7月～令和6年9月（現在使用中の受給者証に記載が無い月）の場合、そのことが分かる自己負担上限額管理票（または領収書）を添付してください。 |
| 9    | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着者証明書                                                            | ・対象者：既に人工呼吸器装着が認められている方、又は新たに人工呼吸器装着を申請する方<br>・主治医による作成が必要です。                                                                                                                                                                                  |
| 10   | <input type="checkbox"/> | 令和7年度（令和6年分）市町村民税所得課税証明書（原本）                                            | ・対象者：被保険者が市町村民税非課税、または国民健康保険組合（熊本市国保以外）に加入している方<br>・ <u>国民健康保険組合に加入している場合は、世帯全員の課税証明書が必要です。</u><br>・令和6年の所得額、令和7年の市町村民税額（市町村民税均等割額、所得割額）が分かるものがが必要です。（令和7年1月1日時点で住民票のある市町村で取得してください。）                                                          |
| 11   | <input type="checkbox"/> | 非課税収入を確認できるもの<br>（例：特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当、遺族年金、寡婦年金、障害年金、障害手当等） | ・対象者：市町村民税が非課税の方<br>・対象期間はR6.1.1～R6.12.31までの収入です。<br>・左記の非課税収入がある場合は、その金額が確認できるもの（支払決定書、振込通帳の写し等）を提出してください。                                                                                                                                    |
| 12   | <input type="checkbox"/> | 身体障害者手帳の写し                                                              | ・対象者：身体障害者手帳をお持ちの方                                                                                                                                                                                                                             |
| 13   | <input type="checkbox"/> | 特定疾病療養受療証の写し                                                            | ・対象者：血友病の方                                                                                                                                                                                                                                     |
| 14   | <input type="checkbox"/> | 小児慢性特定疾病又は、特定医療費（指定難病）の受給者証の写し                                          | ・対象者：医療保険上の同一世帯内に小児慢性特定疾病や指定難病の受給者がいる方                                                                                                                                                                                                         |
| 15   | <input type="checkbox"/> | 委任状                                                                     | ・対象者：18歳到達時点で小児慢性特定疾病医療費助成を受給している方で継続して治療が必要な方のうち、本人以外が申請する方                                                                                                                                                                                   |