

③ 受給者証を徹底解説！～大事な5つのこと～

①. 指定医療機関

小児慢性特定疾病の指定医療機関
(P.5) で行われた保険診療が
医療費助成の対象になります

②. 自己負担上限額 (月額)

前年の所得や治療状況等に応じて決まります
※医療費の2割が自己負担上限額を超えない場合は、
医療費の2割が負担額です
※世帯の上限額目安は、下表をご参照ください

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担者番号	5 2 0 1 8 0 2 5		
受給者番号	0 5 0 0 0 0 0 0		
受診者	住所	札幌市中央区大通西〇丁目	
	氏名	札幌太郎	
	生年月日	平成 31年 01月 01日生	
疾病名	〇〇症候群		
	成長ホルモン	無	
保護者	住所	札幌市中央区大通西〇丁目	
	氏名	札幌 一男	
指定医療機関	児童福祉法に基づき指定された指定小児慢性特定疾病医療機関		
保険者名	札幌市中央区		
被保険者証の記号・番号	0000-0000	適用区分	****
有効期間	令和 07年 01月 01日 ~ 令和 07年 12月 31日		
自己負担上限額	月額 5,000 円	食事療養費自己負担	1/2 負担
上限額特例	上記のとおり認定します。		
札幌市長			
【記載事項変更についての記入欄】 変更年月日・内容等			

③. 有効期間

有効期間は、支給開始日からその月を含め 12 か月以内となります。
有効期間終了の2か月前に、次回更新申請の案内が郵送で届きます。

※支給開始日は、申請日から、「診断年月日」又は「治療開始見込日」の
いずれか遅い方に遡って開始することができます
※遡ることができる期間は、原則1か月（やむを得ない理由がある場合
は最長3か月）です

④. 上限額特例

下記の要件に該当する場合、特例的に自己負担上限額が軽減されます
※上限額特例の適用を受けるには、各区保健センターに申請が必要です

◇高額・長期

高額な医療費が長期的に継続する場合
※医療費総額が5万円／月を超える月が年6回以上あること
例：医療保険が2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月を
超える月が、申請月を含む過去12か月以内に6回以上あること

◇重症・世帯按分

重症	重症患者認定基準を満たしている場合
世帯按分	同一医療保険の世帯内に複数の患者がいる場合

◇呼吸器等

人工呼吸器等を常時装着し、概ね1年以内に離脱の見込みがなく、
生活全般に渡り介助が必要な場合
※常時装着とは、24時間装着していることを指し、夜間のみ使用して
いる場合等は非該当です。

⑤. 食事療養自己負担

入院時の食事は、食事療養標準負担額の1／2が自己負担になります
※生活保護受給者と血友病患者は0円です

医療費助成に係る自己負担上限額(月額)

階層 区分	階層区分の基準		自己負担上限額 (患者負担割合:2割、通院+入院)		
			一般	重症 高額・長期	人工呼吸器等 装着者
I	生活保護等		0円		
II	市町村民税	低所得I(年収:~約80万9千円)※	1,250円		
III	非課税世帯	低所得II(年収:~約200万円)※	2,500円		
IV	一般所得I(市町村民税:7.1万円未満)		5,000円	2,500円	500円
V	一般所得II(市町村民税:25.1万円未満)		10,000円	5,000円	
VI	上位所得(市町村民税:25.1万円以上)		15,000円	10,000円	

※非課税収入(児童手当・児童扶養手当は除く)を含んだ金額です。[小児慢性特定疾病情報センターのホームページ](#)で、詳細・具体例を掲載しております。