

指定小児慢性特定疾病医療機関のご担当者様へ

小児慢性特定疾病事業につきましては、平成26年5月に「児童福祉法の一部を改正する法律」（以下、「法」という。）が成立し、平成27年1月1日より新たな医療費助成制度として実施しているところです。

新制度では、「市長の指定を受けた医療機関（以下、「指定医療機関」という。）が行う医療」に限り、医療費助成の対象となります。

ご担当者様におかれましては、以下の点にご留意いただきますようお願い申し上げます。

● 指定小児慢性特定疾病医療機関について

(1) 指定医療機関の責務（法第19条の11・第19条の12・第19条の13）

- 指定医療機関の診療方針は健康保険の診療方針の例によるほか、指定医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に関し、良質かつ適切な医療を行わなければならない。
- 指定医療機関は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療費の実施に関し、市長の指導を受けなければならない。

(2) 変更の届出（法第19条の14）※

■ 以下の申請事項に変更が生じた場合、10日以内に届け出てください。

- ① 医療機関（薬局、訪問看護事業者含む）の名称および所在地
- ② 開設者の住所、氏名または名称
- ③ 保険医療機関であること
- ④ 役員の氏名および職名
- ⑤ 病院及び診療所にあつては、標榜している診療科名

(3) 更新の届出（法第19条の10）※

■ 指定の有効期間は、**通知書に記載**しております。

■ 更新の届出がない場合、期間の満了によって、指定医療機関ではなくなりますのでご注意ください。

(4) 指定の辞退（法第19条の15）※

■ 指定医療機関の指定を辞退する場合、1か月以上の予告期間を設けて届け出てください。

※ (2)～(4)の届出様式は、仙台市のホームページに掲載しております。
適宜ダウンロードしてお使いください。

(5) その他

■ 新制度の詳細については、『小児慢性特定疾病情報センター』ホームページ <https://www.shouman.jp/> をご覧ください。

■ 指定医療機関の名称・所在地等は仙台市のホームページ等で公表します。

●患者自己負担上限額（月額）について

(1)患者自己負担上限額の変更点

	旧制度	新制度（原則）*
◎患者負担割合	3割	2割
◎自己負担上限額（月額）	0～11,500円	0円～15,000円
◎入院・外来の区別	入院と外来で別々に設定	入院と外来の 区別なし
○入院時の標準的な食事療養費に係る負担	患者負担なし	1/2患者負担 1/2公費負担
○院外調剤薬局における薬代訪問看護ステーション利用料	患者負担なし	自己負担上限額(月額)に含まれる
○市町村民税非課税世帯	患者負担なし	患者負担あり
○重症認定者	患者負担なし	患者負担あり
○人工呼吸器等装着者	—	自己負担上限額(月額)500円
○高額な医療費を長期的に支払っている者	—	月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上の場合、上限額の軽減措置有
○同一世帯内複数対象者がいる場合	最も多額な児童以外の児童は1/10負担	世帯（医療保険が同じ）内の対象患者（特定医療費助成対象者含む）で負担上限額を按分

(2)患者自己負担上限(月額)

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合(2割)		
			自己負担上限額(外来+入院)		
			一般	重症	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0		
低所得Ⅰ	市町村民税非課税世帯	(所得が80万円以下)	1,250		500
低所得Ⅱ		(所得が80万円越)	2,500		
一般所得Ⅰ	市町村民税課税世帯7.1万円未満(収入が約200万円～約430万円)		5,000	2,500	
一般所得Ⅱ	市町村民税課税世帯7.1万円以上25.1万円未満(収入が約430万円～約850万円)		10,000	5,000	
上位所得	市町村民税課税世帯25.1万円以上(収入が約850万円以上)		15,000	10,000	
入院時の食費			1/2自己負担		

*自己負担上限は、疾病や疾病の状態の程度、同一世帯内の患者数等により決定します。
したがって、上表の金額で認定されるとは限りません。

*自己負担金を徴収する際は、必ず「受給者証」及び「自己負担上限額管理票」に記載された自己負担上限額を確認してください。

●患者自己負担金の徴収について

■小児慢性特定疾病医療を受ける受給者は、「小児慢性特定疾病医療受給者証」と「小児慢性特定疾病自己負担上限額管理票」を医療機関窓口で提示します。

※自己負担上限額（月額）が0円の方の場合・・・「自己負担上限額管理票」は発行しません。

■小児特定疾病医療給付の取扱いを行うにあたり、「受給者証」に記載されている次の項目について必ず確認をお願いいたします。

- ① 受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療であること
- ② 指定医療機関であること
- ③ 受給者証の有効期間
- ④ 加入する健康保険

(1)徴収額の算定方法

①その月の初めての受診の場合	「総医療費の2割」又は「受給者証に記載されている自己負担上限額」のいずれか低い方の金額
②同月において既に受診の履歴がある場合	「総医療費の2割」又は「前回まで徴収済みの累積額を自己負担上限額までの差額」のいずれか低い方の金額 *前回までの受診において自己負担上限額までの徴収がなされている場合には、徴収の必要はありません。

(2)自己負担上限額管理票への記載方法

【上限額 5,000 円の場合の自己負担上限額管理票の記載例】

令和3年1月自己負担上限額管理票				
自己負担上限額		5,000円		
≪医療機関ごとの自己負担額の徴収内訳≫				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	累積額
1日	宮城小児慢性特定疾病医院	10,000円	2,000円	2,000円
1日	青葉小児慢性特定疾病病院	2,500円	500円	2,500円
10日	青葉小児慢性特定疾病訪問看護ステーション	5,000円	1,000円	3,500円
12日	仙台小児慢性特定疾病医療病院	7,500円	1,500円	5,000円
上記の通り自己負担上限額に達しました。				
日付	指定医療機関名			
12日	仙台小児慢性特定疾病医療病院			

*新制度では、**複数の医療機関等（調剤薬局、訪問看護事業者含む）**を利用する場合、「自己負担上限額管理票」を用いて、ひと月の自己負担額を管理します。

*医療機関窓口で、自己負担金を徴収した場合、「日付」「指定医療機関名」「医療費総額（10割分）」「自己負担額」「累積額」を記入してください。（令和3年4月1日から押印不要となりました）

*自己負担金額が、当該月の上限に達した場合、管理票の下の部分に「日付」及び「指定医療機関名」を記入してください。

≪注意≫

*自己負担金について、子ども医療費助成制度と併用する場合は、実際に窓口で徴収する金額ではなく、小児慢性特定疾病制度の自己負担額として徴収すべき金額を記入してください。

(3)入院時の標準的な「食事療養費」に係る自己負担額の徴収について

■「食事療養費」は自己負担上限額（月額）に含まれません。

したがって、自己負担上限額管理票への徴収額の記入は不要です。

■受給者ごとに負担割合が異なります。受給者証の「備考」欄を確認してください。

① 患者負担が「0」の方	「血友病 A」,「血友病 B」,「先天性ファイブリノーゲン欠乏症」,「先天性プロトピン欠乏症」,「第V因子欠乏症」,「第VII因子欠乏症」,「第X因子欠乏症」,「第XI因子欠乏症」,「第XII因子欠乏症」,「第XIII因子欠乏症」,「フォンウィルブランド病」 のいずれかの疾病で認定を受けている者
	生活保護受給者等
② 患者負担が「1/2」の方	① 以外の者

●公費負担者番号について

	公費負担者番号
「血友病 A」,「血友病 B」,「先天性ファイブリノーゲン欠乏症」,「先天性プロトピン欠乏症」,「第V因子欠乏症」,「第VII因子欠乏症」,「第X因子欠乏症」,「第XI因子欠乏症」,「第XII因子欠乏症」,「第XIII因子欠乏症」,「フォンウィルブランド病」のいずれかの疾病で認定を受けている者 生活保護受給者（医療保険各法の被保険者及び被扶養者を除く）等	52047024
上記以外の者	52048022

《問い合わせ先》

仙台市子供未来局子供育成部子供家庭保健課母子保健係
電話：022-214-8189/FAX：022-214-8610