

令和8年度小児慢性特定疾病医療受給者証の更新について（ご案内）

小児慢性特定疾病医療費支給認定保護者 各位

熊本県健康福祉部 子ども未来課

現在お持ちの小児慢性特定疾病医療受給者証の有効期限は、令和8年（2026年）9月30日までとなっています。

つきましては、令和8年（2026年）10月1日以降も引き続き医療費支給を希望される場合は、下記により、更新手続きを行っていただきますようお願いいたします。

記

1 受付期間

令和8年（2026年）7月1日（水） ～ 7月31日（金）

○上記受付期間終了後も、令和8年（2026年）9月30日（水）までは更新受付が可能です。 この場合は、受給者証の交付が10月以降順次発送になります。

2 申請方法

お住まいの住所を管轄する保健所へ持参又は郵送

○郵送される場合は、封筒に「小児慢性特定疾病更新申請書在中」と朱書きのうえ、各保健所の「保健予防課小慢担当宛て」に【**簡易書留**】で送付してください。また、申請書に、日中に連絡がとれる連絡先を必ずご記入ください。

【受診者が18歳以上の方は、ご注意ください！】

民法の一部改正に伴い、令和4年（2022年）4月1日から成人年齢が18歳へ引き下げられました。受診者が18歳以上の場合は、申請書の記入方法や申請先自治体に変更になる場合がありますので、ご注意ください。

○18歳以上の受診者が熊本市や他都道府県に住民票がある場合

熊本県へ更新申請の提出は不要ですが、引き続き、医療費支給を利用するためには、現在お持ちの受給者証の有効期限内に、受診者がお住まいの自治体へ受給者証の転入手続きが必要になります。受診者がお住まいの自治体へお早めにお問い合わせください。

○18歳以上の受診者が熊本県内（熊本市を除く）に住民票がある場合

更新申請の申請者は、保護者の方ではなく、「受診者本人」となります。更新申請書の「申請者」欄には、「本人」と記載してください。

3 同封している書類

- 更新のご案内（本案内文）
- 申請書類一覧兼チェックリスト
- 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新用）
- 医療保険上の所得区分を確認するための同意書
- 重症患者認定申告書（現在認定を受けている方のみ）
- 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業についてのチラシ



案内文や様式等を県ホームページへ掲載しております。

4 提出書類

【全員必須】

- ①申請書類一覧兼チェックリスト
 - ②小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請書（水色）
 - ③現在お持ちの受給者証（両面） 写し
（保健所へ申請書類を持参される方は、 原本も併せてご持参ください）
 - ④小児慢性特定疾病医療意見書（継続用）※
 - ⑤医療保険上の所得区分を確認するための同意書
 - ⑥世帯全員の住民票（続柄の記載があり、かつ発行後3ヶ月以内のもの）
 - ⑦令和8年度（令和7年分）市町村民税所得課税証明書
 - ⑧健康保険証 写し
 - ⑨申請者の個人番号（マイナンバー）確認書類
 - ⑩申請者の身元確認書類（※別紙2参照）
- 郵送の場合は、 写し

【該当者のみ】

- A 重症患者認定申告書
- B 人工呼吸器等装着者証明書 ※
- C 更新申請対象者以外の「小児慢性特定疾病」又は「指定難病」の受給者証 写し
- D 生活保護受給証明書 写し
- E 健康保険特定疾病療養受領証 写し
- F 非課税収入を確認できるもの 写し

★詳細や記載方法は、「申請書類一覧兼チェックリスト」や「記入例」を参考にしてください。

ご提出の際は、記入漏れ等がないように確認をお願いします。

★ 写しを提出する書類については、必ずご家庭でコピーをご準備したうえで、提出してください。

★③について、「高額かつ長期」を確認する書類となります。場合によっては、令和7年9月30日までが有効期限の受給者証も必要となることがあります。（※別紙3参照）

★④について、作成年月日が令和8年（2026年）6月1日以降のものを有効とします。

★④、Bの用紙は同封しておりません。小児慢性の指定医に作成を依頼してください。（※）

★⑥、⑦、Dについては、マイナンバーの記載で省略することができます。（※別紙1参照）

★⑧について、「マイナ保険証」の場合は、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」の写しを添付してください。なお、各保健所では、マイナンバーカードの読み取りはできませんのでご留意ください。

5 留意事項

●令和8年（2026年）9月30日までに更新手続きをされなかった場合は、令和8年（2026年）10月1日以降の受給資格がなくなり、受給者証が無効となります。再度、小児慢性特定疾病医療費助成を受けるためには、新規申請の手続きが必要です。なお、18歳以上の方は、新規申請できませんので、ご注意ください。（※）

（※診断年月日が前有効期間内であり、なおかつ診断年月日から申請日（保健所受付日）が1か月以内（やむを得ない理由がある場合は最長3か月以内）の場合は、18歳到達以降の更新申請も可能です。ただし、申請後の審査の結果、遡りが認められない場合もあります。

●更新後の小児慢性特定疾病医療費支給認定の有効期間は、令和8年（2026年）10月1日～令和9年（2027年）9月30日となります。ただし、有効期間内に20歳となる受給者の方は、20歳の誕生日の前日までの有効期間となりますので、ご注意ください。

●8月以降、更新の意思確認の連絡は行いませんので、お忘れがないように申請をお願いします。

★更新後の受給者証につきましては、今年度より保険情報（保険者番号・記号番号）の記載を行いません。

6 申請および問合せ先について

問合せ時間 午前9時から午後5時まで ※土日及び祝日を除く

お住まいの地域	担当保健所	電話番号	住 所
宇土市、宇城市、下益城郡	宇城保健所	0964-32-1207	〒869-0532 宇城市松橋町久具 400-1
荒尾市、玉名市、玉名郡	有明保健所	0968-72-2184	〒865-0016 玉名市岩崎 1004-1
山鹿市	山鹿保健所	0968-44-4121	〒861-0501 山鹿市山鹿 1026-3
菊池市、合志市、菊池郡	菊池保健所	0968-25-4138	〒861-1331 菊池市隈府 1272-10
阿蘇市、阿蘇郡	阿蘇保健所	0967-24-9036	〒869-2612 阿蘇市一の宮町宮地 2402
上益城郡	御船保健所	096-282-0016	〒861-3206 上益城郡御船町辺田見 396-1
八代市、八代郡	八代保健所	0965-33-3229	〒866-8555 八代市西片町 1660
水俣市、葦北郡	水俣保健所	0966-63-4104	〒867-0061 水俣市八幡町 3-2-7
人吉市、球磨郡	人吉保健所	0966-22-3107	〒868-8503 人吉市西間下町 86-1
天草市、上天草市、天草郡	天草保健所	0969-23-0172	〒863-0013 天草市今釜新町 3530
子ども未来課		096-333-2209	〒862-8570 熊本市中央区水前寺 6-18-1

マイナンバー情報連携に伴う添付書類の省略について

○マイナンバーの記載で以下の書類を省略することができます。

課税証明書、住民票、生活保護受給証明書

小児慢性特定疾病医療費に関する事務においては、平成28年7月1日から個人番号の利用を開始していますので、申請の際には、「受診者」「申請者」「医療費支給認定基準世帯員」の個人番号（マイナンバー）の記入をお願いします。

また、個人番号を提出いただく際には、法律上、本人確認（「身元確認」と「番号確認」）を行う必要があります。

小児慢性特定疾病医療費に関する事務では、申請者について「身元確認」と「番号確認」を行います。その他の個人番号の記載が必要な方については、申請者が番号を確認し、申請書に記入のうえ提出してください。

マイナンバーの確認及び本人確認に必要な書類

マイナンバーカード（両面）は、1枚で「確認書類」及び「身元確認書類」とすることができます。

申請者のマイナンバーの確認書類

以下のいずれか一つ

- マイナンバーカード（両面）
- マイナンバーが記載された住民票、住民票記載事項証明書
- 通知カード

※郵送の場合はコピーを添付



申請者の身元確認書類

以下のいずれか一つ

- マイナンバーカード（両面）
- 顔写真入りの本人確認書類（1種類）※1
- 顔写真なしの本人確認書類（2種類）※2

※郵送の場合はコピーを添付

【ご注意ください】

- (1) 「個人番号通知書」はマイナンバーの確認書類として使用できません。
- (2) 以下①または②に該当する場合には、「通知カード」をマイナンバーの確認書類として使用できません。
 - ①令和2年5月24日までに改姓や転居等により記載事項に変更があり、かつ、同日までに変更手続きが取られていない場合
 - ②令和2年5月25日以降、改姓や転居等により記載事項に変更があった場合

【身元確認に必要な書類】

- ※1 顔写真入りの本人確認書類となるもの（1種類）
運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書など
- ※2 顔写真なしの本人確認書類となるもの（2種類）
被保険者証、年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書など

「高額かつ長期」該当の申請について

支給認定後に、認定を受けた小児慢性特定疾病病に係る月毎の医療費の総額（10割）が50,000円を超える月が一定回数以上ある方が該当し、階層区分に応じて自己負担上限額が減額されます。

（1）要件

以下①かつ②に該当する方

- ① 階層区分が「一般所得Ⅰ」又は「一般所得Ⅱ」又は「上位所得」の方
- ② 支給認定後に、認定を受けた小児慢性特定疾病病に係る月毎の医療費の総額（10割）が50,000円を超える月が、「高額かつ長期」の申請月を含めて12か月以内に6回以上ある方

（2）添付資料

受給者証（自己負担上限月額管理票）のコピーを添付してください。

※申請月を含めて12か月分が分かるようにコピーしてください。（場合によっては、令和7年9月30日までが有効期限の受給者証も必要となることがあります。）

※保健所へ申請書類を持参される方は、**受給者証（原本）**もご持参ください。

【受給者証のコピー方法】

※左右端や上下端が切れないよう両面をコピーしてください。（A4用紙）

※自己負担上限月額管理票に記載された内容が全部入っているか必ず確認してください。

（表）

（裏）

■申請の基本的な考え方

小児慢性特定疾病医療費を受給するときは、申請者の住所地の都道府県・政令指定都市等に申請することとされています。

この申請者の優先順位は次のとおりです。ただし、受診者が18歳以上の場合は、**成年患者本人**が申請者となります。

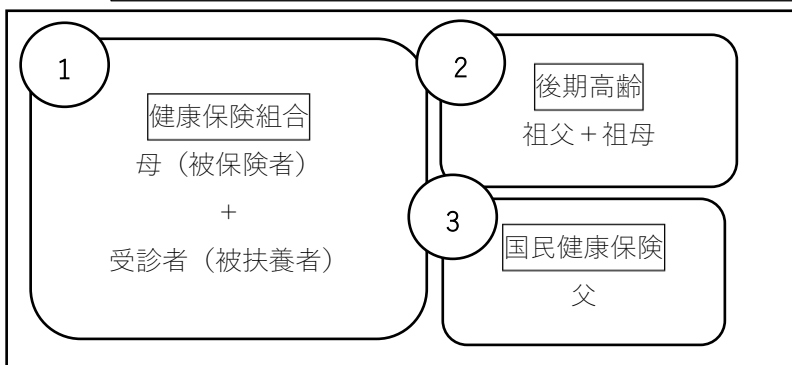
申請者の優先順位（受診者が18歳未満の場合）

- ① 児童等が加入している医療保険の被保険者（社会保険の場合）
- ② 児童等を現に監護している方（①に該当する父又は母の一方が単身赴任等により別居している場合等）
- ③ 収入の高い方（児童等が保険の被保険者、国民健康保険の場合等）

■自己負担上限月額の算定における世帯の考え方

- ・医療費支給認定基準世帯員の「市町村民税額」で決定されます。
- ・住民票上の世帯とは異なり、同じ医療保険に加入している者によって範囲を設定します。
- ・世帯の中で、加入している医療保険が異なる場合には、別の世帯として取り扱います。

〈例〉 住民票上の世帯：祖父、祖母、父、母、受診者の5人家族



●左の世帯は、住民票上は、1つの世帯ですが、医療保険上の世帯は、①、②、③の3つの世帯にわかれます。
 ●このケースの場合、①の母が申請者となり、母の所得で自己負担上限月額を算定します。（受診者が18歳以上の場合は、受診者が申請者となります。）

■自己負担上限月額

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合:2割、外来+入院)		
			原則		
			一般	高額継続・療養過重	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等		0		
II	市町村民税 非課税	低所得 I (~80万9千円)	1,250		500
III		低所得 II (80万9千円超~)	2,500		
IV	一般所得 I (市町村民税7.1万円未満)		5,000	2,500	
V	一般所得 II (市町村民税7.1万円以上25.1万円未満)		10,000	5,000	
VI	上位所得 (市町村民税25.1万円以上)		15,000	10,000	
入院児の食事			1/2自己負担		

健康保険証の見方

65 社会保険・本人

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	②
記号 ○△△×○○ 番号 ×○○○ 枝番 ○○		
氏名	△△ ○○	①
生年月日	○年 △月 ×日	
性別		
資格取得年月日	△○年 △月 ×日	
事業者名		
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	④
保険者名称	×△○健康保険 ××支部	
保険者所在地	熊本県熊本市○×△	

66 社会保険・家族

健康保険 被保険者証	家族（被扶養者）	②
記号 ○△△×○○ 番号 ×○○○ 枝番 ○○		
氏名	△△ ○○	①
生年月日	○年 △月 ×日	
性別		
資格取得年月日	△○年 △月 ×日	
事業者名		
被保険者氏名	△△ ×○	⑤
保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	④
保険者名称	×△○健康保険 ××支部	
保険者所在地	熊本県熊本市○×△	

67 国民健康保険（市町村国保）、68 国民健康保険組合（業種国保）

国民健康保険 被保険者証	有効期限	○○年 △月 ×日
	交付年月日	△○年 △月 ×日
記号 ○△△×○○ 番号 ×○ 枝番 ○○		
氏名	△△ ○○	①
生年月日	○年 △月 ×日	性別
適用年月日	△○年 △月 ×日	
世帯主	△△ ×○	
保険者番号	1 2 3 4 5 6	④
保険者名称	△×市	

- ① 加入者氏名
- ② 加入医療保険の種類
- ③ 記号番号枝番（枝番がない場合は、記号番号まで）
- ④ 保険者番号
- ⑤ 被保険者名

現在お持ちの受給者証を見ながら申請書を記入してください。
 ただし、お持ちの受給者証の内容から変更がある場合は、
 変更後の内容で記入し、裏面の変更事項にチェックを入れてください。

記入例(表)

【別紙様式第2号】

① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新用)

申請区分	2	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	* 色付の箇所(灰色部分)は保健所で記入しますので、記入不要です。													
氏名	クマモト	ハナコ	③ マイナンバー(個人番号)							④	生年月日	⑤	年齢										
氏名	熊本	花子	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5	4:平成 5:令和	2	年	4	月	1	日	16	歳
郵便番号	862-0862		⑦		電話番号	096 - 333 - 1111			市区町村コード														
⑥ 住所	八代 市 松江城 区 1丁目1番1号 南アパート1号																						
1 受診者	申請年1月1日現在の住所 現住所と異なる場合のみ記 ③ 福岡県福岡市 *市町村名まで記入																						
要支援者	小児慢性特定疾病の名称	1: 悪性胸腺腫 ⑨ 2: 橋本病 3:																					
	受診者加入の医療保険	⑩ 65.社会保険・本人 → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に受診者・申請者を記載 66.社会保険・家族 → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に被保険者を記載 ⑪ 67.国民健康保険(市町村国保) → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)を記載 68.国民健康保険組合(業種国保) → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄に同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)を記載 69.生活保護 → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要 ・人工呼吸器等装着者の方 ・血友病A・Bの健康保険特定疾病療養受療証を所持の方 → 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																					
記号番号枝番	⑪	八代	12345		01	保険者番号	⑫	9	8	7	6	5	4	3	2								
⑬ 氏名	熊本		太郎			⑭	マイナンバー(個人番号)							1	1	1	2	2	2	3	3	3	
2 申請者	郵便番号・電話番号・住所は、受診者本人と異なる場合に記入してください。																						
⑮	郵便番号	-		電話番号	-			市区町村コード															
住所	市 区 郡 町村																						
3 自己負担上限額の特例	申請年1月1日現在の住所 受診者の現住所と異なる場合のみ記入	福岡県福岡市 ⑯										*市町村名まで記入											
重 症	上記小児慢性特定疾病により、重症患者認定基準を満たす	⑰	0:非該当		1:該当																		
	人工呼吸器等装着	上記小児慢性特定疾病により、人工呼吸器等装着認定基準を満たす	⑱	0:非該当		1:該当																	
	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12月以内に、上記疾病に係る月毎の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が6回以上あった *支給認定を受けた日以降の医療費に限る	⑲	0:非該当		1:該当																	
⑳	医療保険上の同一世帯内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。	1:はい(氏名: 熊本 一郎 受給者番号: 0300000) 0:いいえ																					
㉑	医療保険上の同一世帯内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。	1:はい(氏名: 受給者番号:) 0:いいえ																					
** 裏面にも記載欄があります。 **																							
* 1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載。 申請者の優先順位 ① 受診者が加入している医療保険の被保険者 ② 受診者を現に監護している者(①で単身赴任の場合等) ③ 収入の高い者																							

記入例(裏)

【別紙様式第2号様式の裏面】

受診者の医療保険によって、記入方法が異なります。
 の受診者の医療保険の保険種別欄の指示に従い記載して下さい。

4 医療費支給認定基準世帯員	氏名 【カタカナで記載】	マイナンバー（個人番号）	受診者との続柄	生年月日	年齢	申請年1月1日現在の住所(受診者の現住所と異なる場合は市町村名まで記入)	市町村民税課税額
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			
				T・S・H・R 年 月 日			

23 登録者証申請(*2) 1:申請する 0:申請しない *2 「1申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。また、登録者証の交付は、原則、マイナンバー情報連携により行われ書面交付はありません。

私は、上記のとおり申請します。
【小児慢性特定疾病児童等自立支援事業について】
 上記事業の実施に必要な範囲で個人情報を委託事業者へ提供することに同意します。 **24**

【マイナンバーに係る委任状】
 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人（代理人氏名: _____） **25**
 に委任します。（*3）

26 申請者氏名 _____
 日中連絡が可能な電話番号 _____ - _____ - _____（自宅・父携帯・母携帯・その他）
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 熊本県知事 様

* 3 申請者本人が窓口に来所できない場合は、 を入れ、代理人氏名を記入して下さい。

現在お持ちの受給者証の記載内容に変更はありますか。
 変更ありの場合、下記に記入して下さい。 **27** 変更なし(記入不要)
 変更あり(下記に記入)

< 変更のある事項に >
 受診者氏名 高額かつ長期
 受診者住所 按分対象者の変更
 申請者(保護者)氏名 その他(_____)
 申請者(保護者)住所
 医療保険に関する事項(記号・番号、保険者番号)
 医療費支給認定基準世帯員

* 上記に記載した変更内容は、現在お持ちの小児慢性特定疾病受給者証の有効期間終了日の翌日から適用されます。
 これより前に変更後の受給者証が必要な場合は、別途「小児慢性特定疾病支給認定変更申請(届出)書」を提出ください。

医療意見書情報の研究等への利用について同意をされる方は、別紙「医療意見書情報の研究等への利用について」を御確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成又は登録者証の申請に当たり、提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創業の研究開発等に利用されることに同意します。

受診者/要支援者氏名 _____ **28**
 申請者氏名 _____
 (受診者/要支援者が本人の場合は、本人と記載)
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 厚生労働大臣 様

* 県事務処理欄

申請日(保健所受付日)	県庁受付日	アクセスキー	同意の有無
			1,無 2,有
市町村民税(所得割)額	市町村民税額 非課税 B:低I (~80万9千) C:低II	非課税収入	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他(_____)		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他(_____)	<保健所受付印> _____ <県庁受付印> _____
意見書	重症	人工呼	住民票
保険区分同意書	他・小慢	他・特定	その他(_____)

記入方法（表）

- 必須 ①受給者証の受給者番号
- 必須 ②受診者氏名（漢字・フリガナ）
- 必須 ③受診者のマイナンバー
- 必須 ④受診者の生年月日
- 必須 ⑤受診者の年齢（申請日時点）
- 必須 ⑥受診者の住所
- 必須 ⑦受診者の連絡先（持っていない場合は、申請者の連絡先などを記入）
- 該当者 ⑧受診者の現住所が申請年1月1日現在と異なる場合のみ、1月1日現在の住所を記入
注意 市町村名まで記入してください。
- 必須 ⑨受給者証の「小児慢性特定疾病の名称」に記載の疾病名を記入
注意 更新しない疾病がある場合は、その旨が分かるように余白に記載ください。
 例) ○○疾病は更新申請しない
- 必須 ⑩受診者の健康保険証の種類を○で囲む
- 必須 ⑪受診者の健康保険証の記号番号枝番（枝番がない場合は記載不要）
- 必須 ⑫受診者の健康保険証の保険者番号（8桁）
注意 8桁未満の場合は、先頭に「0」を追加してください。
- 参考1に健康保険証の見方をつけています。
- 必須 ⑬申請者の氏名
注意1 申請者氏名は、受給者証の「保護者」欄に記入されます。
注意2 受診者が18歳以上の場合は、受診者＝「申請者」となりますので、申請者氏名には「本人」と記入してください。
- 必須 ⑭申請者のマイナンバー
注意 受診者と申請者が同一の場合は、記入不要です。
- 該当者 ⑮申請者の住所と電話番号が受診者と異なる場合のみ、記入
注意 受給者証の送付先は、申請者の住所宛てになります。
- 該当者 ⑯申請者の現住所が申請年1月1日現在と異なる場合のみ、1月1日現在の住所を記入
- 必須 ⑰医療意見書を作成する医師に確認したうえで、どちらかに○
 「該当」する場合は、別紙様式第3号「重症患者認定申告書」に申請者ご自身で記入し、添付してください。
- 必須 ⑱該当する場合は、別紙様式第4号「人工呼吸器等装着者証明書」を添付してください。医療意見書を作成する医師が作成します。
- 必須 ⑲お持ちの受給者証「自己負担上限月額管理票」を確認し、記入してください。
別紙3に「高額かつ長期」の要件を記載しています。
- 必須 ⑳受診者と医療保険上の同一世帯内に、「小児慢性特定疾病医療受給者」がいればその方の氏名と受給者番号を記入し、受給者証の写しを添付してください。
- 必須 ㉑受診者と医療保険上の同一世帯内に、「指定難病医療受給者」がいればその方の氏名と受給者番号を記入し、受給者証の写しを添付してください。

必須 ②受診者の医療保険によって記入する方が異なります。

受診者の健康保険証を確認のうえ、記入してください。

65.社会保険・本人 → 受診者 及び 申請者

66.社会保険・家族 → 被保険者

67.国民健康保険(組合) → 同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)

注意1 氏名は必ず**カタカナ**で記入してください。

注意2 マイナンバーは必ず記入してください。番号に間違いがないかご確認をお願いします。

<下記1～3に該当する場合は、②は記入不要です>

1 生活保護を受けている方

2 人工呼吸器等装着者の方（新規追加申請は除く）

3 血友病A・Bの健康保険特定疾病療養受療証を所持の方

必須 ③登録者証の申請の有無を○で囲む。

登録者証とは

令和6年4月1日から、小児慢性特定疾病にかかっている児童等が小児慢性特定疾病にかかっている事実等を証明することで、地域における自立した日常生活の支援のための施策を円滑に利用できることを目的に、小児慢性特定疾病要支援者証明事業（登録者証発行事業）を行っています。

登録者証は、原則マイナンバー連携（各種支援を提供する機関が、マイナンバーを用いて登録者の情報を確認できる状態にする）という形で交付されますが、マイナンバーカードを所持していないなど、マイナンバー連携を活用できない状況にある場合は、別途申請書を提出いただくことで、書面交付も行っております。

※現在、マイナンバー連携できるのは、市町村における災害対策基本法による被災者台帳の作成、避難行動要支援者名簿の作成、個別避難計画の作成に関する事務になっており、登録者証を申請した場合には、マイナンバー連携を用いて、市町村がそれらの作成事務において登録者証の内容を確認することがあります。

任意 ④小児慢性特定疾病児童等自立支援事業において個人情報委託業者に提供することに同意する場合は、を入れてください。（別紙参照）

該当者 ⑤申請者本人が窓口に来所できない場合は、を入れてください。
代理人の氏名を記入してください。

必須 ⑥申請書の内容を確認後、**申請者氏名・電話番号・申請日**を記入してください。

注意1 申請者氏名は、⑬で記入した申請者氏名を記入してください。

注意2 電話番号は、申請書の内容について日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

必須 ⑦「変更あり」又は「変更なし」の**どちらかに**を入れてください。

「変更あり」の場合は、変更のある項目にを入れてください。

更新申請書には、変更後の内容を記載してください。

注意 更新申請に記入いただいた内容は、10月1日から適用されます。

10月1日以前に、変更後の内容を記入した受給者証が必要な場合は、別途「変更届」の提出が必要です。

任意 ⑧医療意見書を研究等に利用することに同意する場合は、**受診者氏名・申請者氏名・申請日**を記入してください。

参考 県のホームページに「研究利用に関するご説明」を掲載しています。
同意の有無が認定結果に影響することはありません。