

小児慢性特定疾病医療費助成 新規申請手続きのご案内

1. 対象となる方

次のすべてにあてはまる方は、小児慢性特定疾病医療費助成制度から医療費の助成（一部自己負担額あり）を受けることができます。

- (1) 18歳未満の児童等であり、申請者（保護者）が川崎市内に住んでいる方
（18歳到達時点で本制度の対象となっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合は、20歳未満の方も対象となります）
- (2) 厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病に継続してかかっており、厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度である方
※対象疾病等は、「小児慢性特定疾病情報センター」ホームページ(<http://www.shouman.jp/>)にてご確認ください。また、主治医にご相談ください。各区地域みまもり支援センター児童家庭課にも対象疾病等の一覧があります。

申請にあたっての注意事項

- **小児慢性特定疾病医療費は支給認定の有効期間開始日の遡りができます。**医療費助成の有効期間は、医療意見書に記載される「診断年月日」もしくは「申請日の1か月前」のいずれか遅い日付が医療費助成の開始日となります。遡りの期間は「原則1か月」ですが、やむを得ない理由があるときは「最長3か月」の遡りが可能です。
- **小児慢性特定疾病の指定医療機関（薬局・訪問看護事業所を含む）として、全国の自治体で指定を受けている医療機関で保険適用となる治療を受けた場合に、助成対象となります。**なお、医療機関ごとの指定状況につきましては、医療機関が所在する自治体のホームページ等で御確認ください。
- この制度は、毎年更新手続きが必要です。受給者証の有効期間は、原則として次の9月30日までとなります（7月1日～9月30日に申請した方は翌年の9月30日までです）。治療を継続される場合は、有効期間が終了する前に、更新手続きをお済ませください。**有効期間が切れた場合、次の有効期間開始日以前の医療費は自己負担となりますのでご注意ください。**対象者の方には更新申請の御案内を発送する予定です。

2. 手続きの流れ

- (1) 必要な書類（P2～5参照）を揃え、お住まいの区の地域みまもり支援センター児童家庭課の窓口持参又は郵送にて申請してください。
※代理の方による申請もできます。
※受付時間は平日午前8時30分から12時まで、午後1時から5時までです。
- (2) 地域みまもり支援センターにて審査を行います。
- (3) 認定となった方へ、地域みまもり支援センターから受給者証と自己負担上限額管理票を郵送します。
※受給者証の発行までには、申請日から2か月程度かかります。
※受給者証が届くまでの間に自己負担上限額を超える窓口払いが生じた場合は、申請をすることにより医療費の払い戻しを受けることができます（ただし、申請に係る文書料は自己負担となります）。
※認定とならなかった方へも、その旨通知をいたします。

(4) 指定医療機関での受診の際に、マイナ保険証や資格確認書等と一緒に受給者証をご提示ください。支払の際は、自己負担上限額管理票を提示し、医療機関の記入・証明を受けてください。

※指定医療機関で医療を受けた場合のみ、医療費の助成が受けられます。指定医療機関以外で受診した場合は、原則として助成の対象とはなりませんのでご注意ください。

3. 申請に必要な書類等

①申請者（保護者）による窓口申請の場合

●窓口にお持ちいただくもの

○印鑑（認印可）

○申請者（保護者）のマイナンバー及び本人（身元）確認ができる書類

(ア) マイナンバー番号確認書類（申請書に記入された個人番号が正しいことを確認するため）

- ・ **マイナンバーカード**（マイナンバーの記載のある住民票の写しでも可）

(イ) 本人（身元）確認書類（なりすまし防止のため）

- ・ **マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、パスポートなど、公的機関が発行する顔写真有の証明書のいずれか1つ**

- ・ **又は、年金手帳、戸籍謄本、公的医療保険情報がわかるものの写し、児童扶養手当証書などの証明書のうちいずれか2つ**

※マイナンバーの記載がない場合でも申請はできますが、**記載がない場合は、市民税の課税状況の確認できる書類を別途提出していただく場合があります。**

②郵送申請の場合

●郵送時に同封いただくもの

○申請者（保護者）のマイナンバー及び本人（身元）確認ができる書類の**写し**（原本不可）

(ア) マイナンバー番号確認書類（申請書に記入された個人番号が正しいことを確認するため）

- ・ **マイナンバーカード**（マイナンバーの記載のある住民票の写しでも可）

(イ) 本人（身元）確認書類（なりすまし防止のため）

- ・ **マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、パスポートなど、公的機関が発行する顔写真有の証明書のいずれか1つ**

- ・ **又は、年金手帳、戸籍謄本、公的医療保険情報のわかるものの写し、児童扶養手当証書などの証明書のうちいずれか2つ**

※マイナンバーの記載がない場合でも申請はできますが、**記載がない場合は、市民税の課税状況の確認できる書類を別途提出していただく場合があります。**

●全員提出が必要な申請書類

- ・①④は川崎市ホームページからダウンロードできます。
- ・②は小児慢性特定疾病情報センターホームページ（<http://www.shouman.jp/>）からダウンロードしていただくか医療機関にご相談ください。

| 申請に必要な書類等 | 留意点等 |
|---|---|
| ①小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 | ・太枠内及び裏面の「世帯調書」をご記入ください。 |
| ②申請する疾病の医療意見書 ※801疾病ごとに医療意見書様式が定められています。 | ・自治体の指定する指定医に作成を依頼し、記入日から3か月以内に申請してください。文書料は自己負担となります。 ・意見書様式は「小児慢性特定疾病情報センター」ホームページ(http://www.shouman.jp/)よりダウンロードしていただくか、医療機関にご相談ください。 ・複数の疾病をお持ちの方は、疾病ごとに意見書が必要です。 |
| ③公的医療保険情報のわかるもの ※対象児が加入している保険によって写しの必要な方の範囲が異なります。 | ・ 国保及び国保組合の場合は、同じ医療保険に加入している方全員分必要です。 （申請者（保護者）が後期高齢医療に加入している場合は特例により同一世帯とみなすため、申請者分も含め全員分必要です。） ・ 上記以外の医療保険（協会けんぽ・健康保険組合・共済組合など）の場合は被保険者分と対象児分が必要です。 （対象児が被保険者の場合は対象児分のみ） ・ 公的医療保険については、次のうち、いずれか1点以上御用意ください。 ①マイナポータルの健康保険証資格情報画面の写しまたは画面提示◀P7資料3参照▶ ②資格確認書の写し 加入している保険から発行されたものを御用意ください。 |
| ④同意書（医療意見書の研究利用について） | ・提出は任意ですが、ご協力をお願いします。 |

※書類への記入は、ボールペン等消えない筆記具でご記入ください（鉛筆や消えるボールペンは不可）。

●該当する方のみ提出が必要な書類

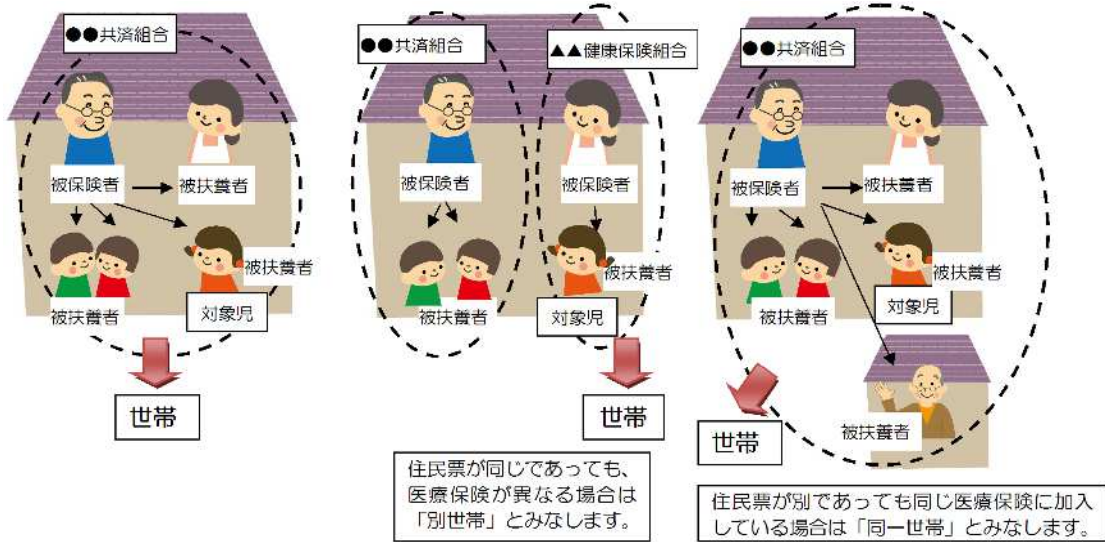
- ・条件に当てはまる方（一部の方）のみ必要となる書類です。
- ・⑤⑦⑧は川崎市ホームページからダウンロードできます。

この制度の「世帯」とは、対象児と同じ医療保険に加入している方を指し、その「世帯」の住民税額に基づき、自己負担上限月額が算定されます（P5資料1参照）。

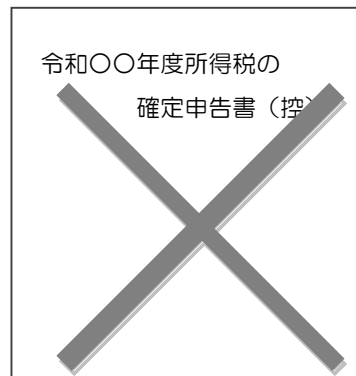
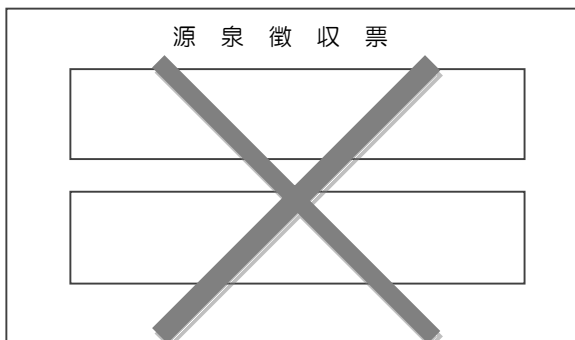
| 申請に必要な書類等 | 該当する方・留意点等 |
|---------------------------|---|
| ⑤同意書（加入の公的医療保険への情報提供について） | 対象児が被用者保険（健康保険、共済組合等）に加入している場合 ・ご加入の被用者保険の保険者へ、高額療養費の所得区分に関する情報提供を行うために必要な書類です。 |

| | |
|--|--|
| <p>⑥「世帯」の住民税課税額がわかる次のいずれかの書類</p> <p>《P5 <u>資料1</u> 参照》</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住民税の「課税証明書」または「非課税証明書」 令和7年7月から令和8年6月までに申請する場合は令和7年度 令和8年7月から令和9年6月までに申請する場合は令和8年度の課税状況が分かる書類の原本を提出してください。 • 生活保護の「受給証明書」 …受給している福祉事務所で取得できます。コピーではなく原本での提出をお願いします。 | <p>1月1日時点で川崎市に住民票がない方で、かつ世帯調書にマイナンバーの記載がない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> • 国民健康保険、国保組合の場合は、同一医療保険に加入している方全員分（中学生以下は証明書類の提出不要） • 上記以外の保険の場合は、被保険者の分の証明が必要です。 |
| <p>⑦重症患者認定申告書</p> <p>《P6 <u>資料2</u> 参照》</p> <p>※「身体障害者手帳」の写し（対象児本人のもの）、等、重症認定の根拠となる書類を添付してください。</p> | <p>重症患者認定基準に該当する方</p> <ul style="list-style-type: none"> • 認定されると自己負担額が通常より低く設定される場合があります。 • 支給認定後、小児慢性特定疾病にかかる医療費総額（自己負担額ではないことに注意）が1か月に5万円を超える月が年間6回以上生じた場合は、医療機関の証明のある自己負担上限額管理票等医療費総額がわかるもの・領収証の写しを添えて申請してください。 |
| <p>⑧人工呼吸器等装着者証明書</p> | <p>「人工呼吸器」または「体外式補助人工心臓」等を常時使用している方（詳細はお問い合わせください）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 認定されると、自己負担額が通常より低く設定されます。 • 自治体の指定する指定医の証明を受けてください。 |
| <p>⑨同一生計「世帯」内のご家族の「小児慢性特定疾病医療受給者証」または「指定難病医療受給者証」の写し</p> | <p>対象児と同じ医療保険加入のご家族が小児慢性特定疾病または指定難病受給者として認定されている方</p> <ul style="list-style-type: none"> • 申請書の「世帯内按分（あんぶん）特例」欄にチェックを入れてください。 • 同一生計「世帯」内の対象患者数に応じて負担限度額を按分（あんぶん）します。 • 受給者証の送付にお時間がかかる場合があります。 |
| <p>⑩特定疾病療養受療証の写し</p> | <p>血友病 A・B に該当する方</p> |
| <p>⑪公的年金・手当等の受給状況のわかる通知書等の写し</p> | <p>住民税非課税世帯の方で、障害年金・遺族年金、経過的福祉手当、労災等による障害保障給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等を受給している方</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自己負担上限月額を決定するため、上記のいずれかを受給している場合は、ご提出ください。 |

資料1 小児慢性特定疾病医療費助成制度における「世帯」の考え方



【提出できない書類の例】源泉徴収票・確定申告書控え



資料2 重症患者認定基準表

- ① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合

| 対象部位 | 症状の状態 |
|-------|--|
| 眼 | 眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの） |
| 聴器 | 聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴カレベルが100デシベル以上のもの） |
| 上肢 | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの） 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの） 一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの） |
| 下肢 | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したもの） 両下肢を足関節以上で欠くもの |
| 体幹・脊柱 | 1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもできないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの） |
| 肢体の機能 | 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁することを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの） |

- ② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

| 疾患群 | 該当項目 |
|-------------------|---|
| 悪性新生物 | 転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの |
| 慢性腎疾患 | 血液透析又は腹膜透析（CAPD、持続携帯腹膜透析を含む）を行っているもの |
| 慢性呼吸器疾患 | 気管切開管理又は挿管を行っているもの |
| 慢性心疾患 | 人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの |
| 先天性代謝異常 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの |
| 神経・筋疾患 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 慢性消化器疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | この表の他の項の治療状況等に該当するもの |
| 皮膚疾患 | 発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 骨系統疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |
| 脈管系疾患 | 気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの |

- ③ 小児慢性特定疾病にかかる医療費総額が**1か月に5万円を超える月が前1年間の間（※令和8年7月15日に申請する場合は令和7年8月～令和8年7月）に6回以上**ある場合。

資料3 マイナポータル健康保険証資格情報画面について

- ① マイナポータルにログインし、トップページの「健康保険証」を選択します。



- ② 資格情報が表示されます。本ページのトップから「保険者名」までを印刷していただくか、窓口で画面を提示してください。また、以下の項目について、画面の内容と申請書の記載内容が一致していることを確認してください。



<確認項目>

- ・記号 ・番号 ・枝番 ・氏名
- ・被保険者氏名 ・本人・家族の別
- ・保険者番号 ・保険者名

4. 自己負担上限額について

小児慢性特定疾病に係る1か月の医療費については、医療費総額の2割、又は地域みまもり支援センターにおいて決定された階層区分における上限額の低い方が自己負担上限額となります。

<自己負担上限月額表>

(円)

| 階層区分 | 階層区分の基準 【() 内の数字は、夫婦2人子1人世帯の場合における年収の目安】 | | 一般 | 重症 (※1) | 人工呼吸器等装着者 |
|--------|---|-----------------|------------|------------|-----------|
| | | | | | |
| I | 生活保護 | | 0 | 0 | 0 |
| II | 市町村民税 | 収入等 826,500 円以下 | 1,250 | 1,250 | 500 |
| III | 非課税 | 収入等 826,500 円超 | 2,500 | 2,500 | |
| IV | 市町村民税所得割 71,000 円未満 (※2) (約200万円～約430万円) | | 5,000 | 2,500 | |
| V | 市町村民税所得割 71,000 円以上 251,000 円未満 (※2) (約430万円～約850万円) | | 10,000 | 5,000 | |
| VI | 市町村民税所得割 251,000 円以上 (※2) (約850万円～) | | 15,000 | 10,000 | |
| 入院時の食費 | | | 標準負担額の 1/2 | | |

※1 重症：①高額な医療が長期に継続する者（医療費総額が5万円/月（例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月）を超える月が年間6回以上ある場合） ②現行の重症患者基準に適合する者

※2 市町村民税所得割：申請を行う年の1月1日に指定都市の住民であった場合は地方税法の規定にかかわらず、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）による改正前の地方税法に規定する個人住民税所得割の標準税率（6%）により算出された所得割額を用います。

○階層区分II、IIIのどちらに該当するかは、原則、対象児が加入する医療保険の被保険者（＝保護者）の合計所得金額、公的年金等の収入額、特別児童扶養手当等の金額の合算で判定します。

○受診した複数の医療機関等（薬局での保険調剤及び医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護を含む）の自己負担を全て合算した上で自己負担限度額を適用します。

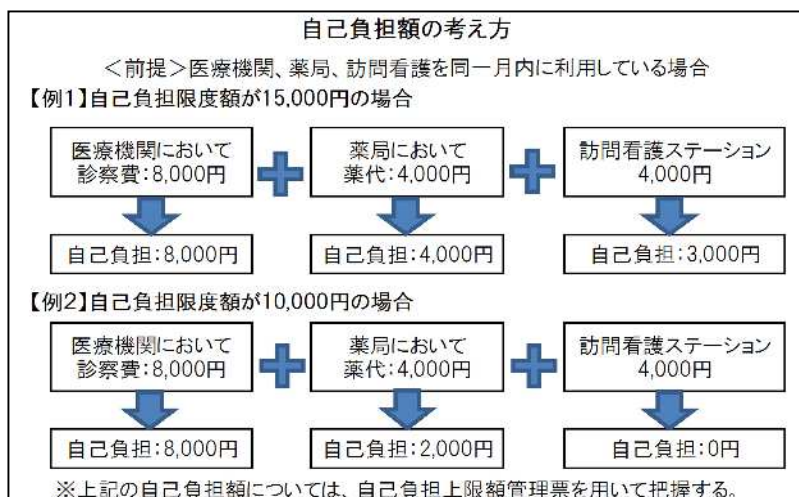
○複数の医療機関等での自己負担額は、「自己負担上限額管理票」（小冊子）を用いて管理します。「自己負担上限額管理票」は、新しい受給者証と同時に送付しますので、受診の際は必ずご持参ください。

○国民健康保険、国民健康保険組合に加入の場合は、世帯全員の市町村民税所得割額等を合算して判定します。

階層区分決定のための市民税額算出方法について

重要

県費負担金教職員の給与負担等の権限が道府県から指定都市へ移譲されたことに伴い、平成30年度の市民税・県民税から、指定都市在住の方のみ個人住民税所得割の標準税率が、県民税は4%から2%に、市民税は6%から8%に改正されましたが、**本制度においては、改正前の標準税率により算出された所得割額（6%）を用いて階層区分を決定します。**そのため川崎市等の政令市にお住まいの皆様は、住民税の「特別徴収税額決定・変更通知書」「税額決定・納税通知書」等に記載されている税額とは異なる金額での階層区分決定となりますのでご了承ください。



■医療費の中には、対象と
ならないものがあります。

1. 認定された疾病以外に対する治療
2. 指定医療機関以外での受診
3. 入院時食事療養費のうち、基準外のもの（基準内の1/2が公費負担の対象）
4. 差額ベッド代
5. 公的医療保険が適用されない治療行為

5. 届出が必要になる場合

次の場合は届出が必要となります。

| どんな時に | 届出をするところ | お持ちいただくもの |
|--|--|---|
| 区内で転居した (原則14日以内にお届けください) | お住いの区の区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 認印、受給者証 |
| 川崎市内で他の区に転居した(原則14日以内にお届けください) | お住まい又は、転居先の区の区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | |
| 川崎市外へ転出した ※転出した日以降は、川崎市発行の受給者証は使用できません。 | 転出時にお住まいの区の区役所地域みまもり支援センター児童家庭課に届け出てください。 転出先の住所地の保健所等で新規申請をしてください。 | 受給者証 |
| 公的医療保険情報の内容に変更があった (原則14日以内にお届けください) | お住まいの区の区役所地域みまもり支援センター児童家庭課 | 公的医療保険情報がわかるもののうつし、認印、受給者証 ※保険情報の確認が必要な方の範囲は、P3④参照。 ※変更後の保険が国保組合の方はP4⑦参照(別途必要書類あり)。 |
| 小児慢性特定疾病医療費助成の受給を中止したい | | 認印、受給者証 |
| 受給者証を紛失した、ひどく汚してしまった (原則14日以内にお届けください) | | 認印、(受給者証) |

※申請後、有効期間の始期から受給者証が届くまでの間に指定医療機関での自己負担上限額を超える窓口払いが生じた場合は、申請をすることにより、医療費の払い戻しを受けることができます(ただし、申請に係る文書料は自己負担となります)。申請方法は7. 小児慢性特定疾病医療費助成制度の自己負担金の払い戻し等について を参照してください。

6. 小児慢性特定疾病児を対象とした関連事業

(1) 日常生活用具の給付

小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方のうち、障害者自立支援法などの他制度を利用できない方に対し、在宅での療養生活を支援するため、身体の状況に応じ日常生活に必要な用具を給付する制度です。

(2) 自立支援事業

小児慢性特定疾病児童とその家族に対し、必要な療養の確保、必要な情報の提供等の便宜を供与し、対象児童の健康の保持増進及び自立の促進を図るため、相談支援事業を実施しています。また、神奈川県立こども医療センターにおいても、各種相談等を受け付けています。神奈川県立こども医療センターで受診していない方でも各種相談等が可能となっていますので、お問い合わせください。

神奈川県立こども医療センター

連絡先電話番号 045-711-2351 (代) 内線 3136

受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分(祝日・年末年始除く)

7. 小児慢性特定疾病医療費助成制度の自己負担金の払い戻し等について

このたび手続きしていただきました小児慢性特定疾病医療費助成制度では、「世帯」の所得に応じ自己負担金を医療機関等でお支払いいただきますが、あわせて下記の医療証をお持ちの方で**神奈川県内医療機関において受診**する場合は原則として、小児慢性特定疾病医療受給者証と川崎市の各種医療助成制度等の医療証を医療機関等で同時に提示することで、医療費助成対象分の保険医療費の自己負担がなくなり、払い戻し手続きが不要になります。

神奈川県外医療機関等において受診する場合は払い戻し手続きが必要となりますので、お住まいの区役所保険年金課にお問合せください。

<川崎市の医療費助成制度>

| 制度名 | 対象者等 |
|-----------------------------------|---|
| ①小児医療費助成制度 | 0歳から中学卒業までのお子さま（令和8年9月以降は高校生年代まで拡大） |
| ②重度障害者医療費助成制度 （右のいずれかに該当する方） | <ul style="list-style-type: none"> ・1～2級の身体障害者手帳をもっている方 ・知能指数が35以下の方か、障害程度がAの療育手帳をもっている方 ・3級の身体障害者手帳をもっている方で、知能指数が50以下か障害程度がB1の療育手帳をもっている方 ・1級の精神障害者保健福祉手帳をもっている方（精神障害者保健福祉手帳1級により助成を受ける方は、入院医療に係る医療費は対象になりません） |
| ③ひとり親家庭等医療費助成制度 （右のいずれかに該当する方） | <ul style="list-style-type: none"> ・ひとり親家庭の父又は母と養育されている児童 ・父母のいない児童又は父母が監護しない児童を養育している養育者と児童 <p>この制度で「児童」とは次のいずれかの方をいいます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア 18歳に達した日以降の最初の3月31日までの方 イ 20歳未満で中程度以上の障害のある方 ウ 20歳未満で高等学校等に在学中の方 <p>※所得制限があります。</p> |

※有効期間の始期から受給者証が届くまでの間の受診などにより、小児慢性特定疾病医療費助成制度の自己負担限度額を超えて窓口でお支払いをした場合には、**初めに小児慢性特定疾病の払い戻しの手続きをしていただき、小児慢性特定疾病医療費支給決定通知書が届いた後、上の各制度による払い戻し手続きをしてください。**

小児慢性特定疾病にかかる医療費の払い戻し申請については、次ページの必要書類等を用意し、お住まいの区の児童家庭課に郵送または窓口提出してください。

| 申請に必要な書類等 | 該当する方・留意点等 |
|---|--|
| ① 小児慢性特定疾病医療費支給申請書【必須】 （第8号様式） ・様式は市ホームページからダウンロードできます。 | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>複数の医療機関（薬局も含む）を受診された場合は、医療機関ごとで申請書の作成が必要です。</u> ・証明に係る費用は自己負担となります。 |
| ② 領収書の写し【必須】 | <ul style="list-style-type: none"> ・写しについては返却いたしません。 ・<u>受給者証の有効期間の開始日より前の受診分については、助成対象外となります。</u> |
| ③ 同意書（第8号様式の2）【必須】 | <ul style="list-style-type: none"> ・申請内容について、医療機関に照会をする場合があるため。 |
| ④ 受給者証の写し【必須】 | <ul style="list-style-type: none"> ・有効期間が分かるページの写しをご提出ください。 ・<u>有効期間外の受診分は助成対象外です。</u> |
| ⑤ 振込先口座情報が確認できる書類の写し【必須】 | キャッシュカードや通帳の写し等を御提出ください。 |

| | |
|---------------------|--|
| ⑥ 委任状【場合により必須】 | 申請者とは別の名義の口座への振込を希望する場合 |
| ⑦ 高額療養費の限度額適用認定証の写し | ・発行されている場合は必ずご提出ください。 |
| ⑧ 高額療養費の給付決定通知等の写し | ・上記⑦の限度額適用認定証を利用せず支払った医療費が高額療養費に該当する場合、 <u>事前に加入する保険組合に、高額療養費の給付を受ける必要があります。</u> |
| ⑨ 自己負担上限額管理票 | 申請する診療月のページに記載がある場合はご提出ください。 |

8. 書類提出・問合せ先

お住まいの区の地域みまもり支援センター児童家庭課窓口までお願いします。

【各区児童家庭課】

| 名 称 | 電 話 番 号 | 名 称 | 電 話 番 号 |
|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 川崎区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-201-3219 | 宮前区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-856-3239 |
| 幸区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-556-6688 | 多摩区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-935-3297 |
| 中原区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-744-3263 | 麻生区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-965-5158 |
| 高津区地域みまもり支援センター児童家庭課 | 044-861-3250 | | |