

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 1枚目 堺市

堺市長様

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、堺市において、本申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報保護条例（平成14年条例第38号）に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

受診者情報欄: 氏名、生年月日、個人番号、住所、加入医療保険情報

申請者情報欄: 受診者が18歳以上の場合、住所、氏名、個人番号、続柄

疾病名欄: 自己負担上限額に関する特別裏面参照

同一保険の加入者で指定難病欄: 有・無、小児慢性特定疾病・指定難病

受給者番号欄: 受給者番号、転入の場合、転入元、転入日

受診医療機関欄: 名称、所在地

受給者証の受取方法: 郵送・保健センター窓口

同意書: 私は、本申請書に添付した意見書に記載された検査結果を治療研究基礎資料として厚生労働省に提供することについて

添付書類欄: 個人番号確認書類、本人確認書類、代理権確認書類、備考欄

申請にあたっては、裏面の注意事項をよくお読みください。

## ～～交付申請にあたっての注意事項～～

### 1 受診者について

- ・受診者欄は、医療の支給を受ける児童等について記載してください。
- ・氏名のふりがなを必ず記載してください。
- ・年齢は、申請時点の年齢を記載してください。
- ・保険種別は、該当の種類を○で囲んでください。
- ・個人番号は通知カードもしくは住民票(個人番号記載のもの)にてご確認ください。

### 2 申請者欄について

- ・申請者欄は、受診者が18歳未満の場合以下の優先順位で決定されますので、その方のお名前等を記載してください。(18歳以上の場合は原則本人です)
  - ① 児童等が加入している医療保険の被保険者
  - ② 児童等を現に監護している者(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 収入の高い者
- ・個人番号の記載にあたり、手続き時に窓口で申請者の個人番号が確認できる書類(個人番号カード・通知カード等)と本人確認書類(個人番号カード・運転免許証等)が必要になりますので、ご持参くださいますようお願いいたします。

### 3 自己負担上限額に関する特例について

- ・それぞれの要件に当てはまる方は、自己負担額が減額される場合があります。
- ・該当の特例の種類に☑をしてください。なお、下記のとおり別途書類が必要になります。
  - 「重症申請」…《重症認定基準を満たしている方》
    - ◎「小児慢性特定疾病医療意見書 別紙」中の「重症患者認定意見書」の部分について、指定医に記載していただき、提出してください。
  - 「人工呼吸器等装着」…《対象疾病が起因となり、継続して常時、人工呼吸器または体外式補助人工心臓等を使用している方》
    - ◎「小児慢性特定疾病医療意見書 別紙」中の「人工呼吸器等装着者証明書」の部分について、指定医に記載していただき、提出してください。
  - 「高額かつ長期」…《平成27年1月1日以降の新規申請の方で、小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けてからの医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年6回以上ある方》
    - ◎別途交付する自己負担上限額管理票等を提出してください。
  - 「世帯内あん分」…《医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は指定難病(「難病の患者に対する医療等に関する法律」によるもの)の認定受給者がいる方》
    - ◎該当する他の受給者の受給者証の写しまたは申請書の写しを添付してください。

### 4 転入欄について

- ・転入欄は、本事業を実施している他の都道府県、政令市又は中核市から堺市に転入され、堺市においても、小児慢性特定疾病医療費支給申請をする場合に、転入元の自治体名と堺市に転入した日を記載してください。
- ・転入前の自治体により交付された医療受給者証の写しを添付してください。

### 5 医療機関名について

- ・小児慢性特定疾病の医療で利用している医療機関名(病院・診療所・訪問看護ステーション・薬局)のすべてを記載してください。記入欄が不足する場合は、本申請書の2枚目に記入してください。
- ・受診可能な医療機関は、都道府県(政令・中核市)のホームページで公表されている指定小児慢性特定疾病医療機関です。

### 6 受給者証の受取方法について

- ・いずれかの方法に○を付けてください。記載がない場合は、申請者の自宅へ郵送させていただきます。

### 7 添付書類について

- ・この申請書の提出に必要な添付書類については、「小児慢性特定疾病にかかる必要書類一覧」をご確認のうえ、ご用意ください。

- ◆ その他ご不明の点は、お住まいの区の保健センターまたは下記までお問合せください。

#### 《問合せ先》

堺市 保健所 保健医療課 指定難病係  
住所：〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号  
電話：072-228-7582(直通)  
FAX：072-222-1406

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 2枚目（支給認定基準世帯員）

※住民票上の世帯全員分について記載してください。

（個人番号は被用者保険の場合、受診者と同じ医療保険に加入する被保険者本人のみ、市町村・業種別国民健康保険未加入者全員分を記載）  
（生活保護世帯で健康保険未加入の場合は受診者・申請者以外の方の個人番号の記載は不要です）

	受診者と同一の健康保険に加入の方は○を記入	世帯員氏名	続柄	加入医療保険	市町村民税非課税世帯で、他に収入（年金等・手当等）（※）がある方は、受給額をご記入ください。
		生年月日（年齢）			
		個人番号			
受診者と同じ住民票の全世帯員	○	(受診者氏名)	本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> </ul>	（年額） 円
		年 月 日（ 歳）			
		本人の	年 月 日（ 歳）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	（年額） 円
			年 月 日（ 歳）		
		本人の	年 月 日（ 歳）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	（年額） 円
			年 月 日（ 歳）		
	本人の	年 月 日（ 歳）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	（年額） 円	
		年 月 日（ 歳）			
	本人の	年 月 日（ 歳）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	（年額） 円	
		年 月 日（ 歳）			
医療保険に加入する者 住民票世帯外で同じ	○	年 月 日（ 歳）	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保（本人）</li> <li>・社保（家族）</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	（年額） 円
		年 月 日（ 歳）			
（住所） 〒					
<p>市町村民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>医療費支給認定保護者等には、年金・手当等（※）の収入はありません。</p> <p><input type="checkbox"/>年金証書等年収を証明する書類を（一部）提出しないため、自己負担上限額の階層区分が低所得Ⅱ（年収80万円以上）となることを了承します。</p>					

※年金等とは … 障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等  
手当等とは … 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、福祉手当

※小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 1枚目で書ききれなかった時にご利用ください。

	医療機関名	医療機関所在地
1		
2		
3		
4		
5		

## 小児慢性特定疾病に係る医療支給認定申請における医療意見書の研究利用について

### 《研究利用についてのご説明》

- 小児慢性特定疾病医療支給支援とは、小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施をめざして、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき、医療に要する費用（小児慢性特定疾病医療費）を支給するものです。
- この制度の利用申請の際に提出していただく「小児慢性特定疾病医療意見書」は、本事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、一方では国においてデータベース化され、本事業の利用者数の把握等を行い、研究を推進することとされています。
- 厚生労働省において、小児慢性特定疾病の児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、医療意見書のデータを研究に利用させていただくことについて、同意をお願いしているものです。
- 医療意見書の活用について、その趣旨をご理解いただき、研究利用にご同意いただけるようでしたら、申請書の同意欄にチェックのうえ、ご提出ください。同意されない場合も、その旨をチェックのうえ、ご提出ください。
- なお、同意については任意であり、同意されない場合についても、医療費助成認定の可否に影響を及ぼすものではありません。

### 《個人情報保護について》

- 患者様の氏名や住所といった個人情報は、申請書を提出された都道府県や市町村が管理し、研究には利用されません。
- 研究においては、受給者番号等によって患者様の病状の経過等を把握されることはありますが、患者様を特定できないよう匿名化されています。
- 研究の成果は公表されますが、その際、個人が特定されることはありません。
- データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築されています。

### 《研究利用等についての問合せ先》

- 研究利用等についてご不明な点は、下記までお問合せください。  
小児慢性特定疾病情報センター（独立行政法人国立成育医療研究センター）  
TEL 03-3416-0181（代表） URL <https://shouman.jp>