

受給者番号					疾患群				

### 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (更新)

奈良県知事 殿

令和 年 月 日

下記のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受 診 者	フリガナ					年齢					生年月日				
	氏名					(R6.4.1時点)									
	現在の認定情報からの住所・加入医療保険の変更の有無 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> )														
	現在の認定情報														
	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり (下欄に変更後の情報をご記載ください。) ※あわせて現在の受給者証の変更申請が必要です。														
住所															
加入医療保険	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保組合・その他・生保													
	受診者との続柄	家族・本人 (国保・国保組合に加入の方又は本人が被保険者の方)													
	被保険者証の記号・番号	記号				番号				被保険者氏名					
	被保険者証発行機関名														

※受診者が18歳未満の場合の申請者は、原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者です。

申 請 者	フリガナ					受診者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	氏名									
	住所 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右に住所をご記載ください)								
電話番号	自宅									
	日中に連絡が取れる番号 (今回の申請に関する連絡先)	受診者との関係	父・母	その他( )	電話番号					

受給者証の送付先 (希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者あて <input type="checkbox"/> その他 (宛名: 住所: 〒 )									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得									
----------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年	月	日	【上記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ( )							
-----------------------------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

疾病名										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特例 (該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 重症患者 (現在の認定: なし)					<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 (現在の認定: なし)				
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (現在の認定: なし)					<input type="checkbox"/> 血友病				

受診者以外で、同じ世帯内に小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方はいますか (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ) (申請中のものも含む。)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。									
氏名					受給者番号					
氏名					受給者番号					

受診者を含め、同じ世帯内に特定医療費助成を受けている方はいますか (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ) (申請中のものも含む。)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。									
氏名					受給者番号					

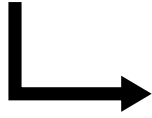
小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意					保 健 所 使 用 欄				
厚生労働大臣 殿 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名					受付印 整理欄 <input type="checkbox"/> 個人番号確認 階層区分 <input type="checkbox"/> その他収入なし				

【裏面にも記入箇所があります】

主に受診する指定医療機関（医療意見書を記載した医療機関）（該当するものに☑）

主に受診する指定医療機関 (医療意見書を記載した病院・診療所名)	所在地

- 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関である。
- 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関でない。（下記に小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関を記載してください。）



主に受診する指定医療機関 (医療意見書を記載した病院・診療所名)	所在地

### 小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における 医療意見書の研究等への利用についての同意

<医療意見書の研究利用に関するご説明>

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目指し、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、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、申請書の「医療意見書の研究等への利用についての同意」にご署名頂き、「医療意見書」とともに申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む）へ提出してください。

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：

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に對して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることとしております。研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。また、データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

（提供先について）

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市、中核市、児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。

（なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou\\_kenkyu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html)

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は医療意見書に記載された項目となります。医療意見書については、以下のURLをご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

（※）同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いいたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	受診者と同じ保険の加入者に○
受診者	受診者本人			協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
申請者	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
支給認定世帯員	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	
	T・S・H・R 年 月 日	父・母 兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他( )		協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
	書類の省略を希望する場合は以下を記載 マイナンバー	令和5年1月1日時点で住民票のあった市区町村名( )	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	

申し立て欄 該当の項目にをいれてください

下記のとおり、相違ありません。  
 ※申立内容と事実と相違があった場合、児童福祉法第19条の6の規定に基づき、支給認定を取り消すことがあります。

<input type="checkbox"/>	【申し立てなし】以下の項目にあてはまるものはありません。
<input type="checkbox"/>	【上位所得】世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。
<input type="checkbox"/>	【低所得Ⅱ】障害年金等及び特別扶養手当等の収入を証明する書類を提出しないため、低所得Ⅱ区分となることを了承します。 ※「障害年金等及び特別児童扶養手当等」とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等のことをいいます。
<input type="checkbox"/>	【所得証明書類】普通又は特別徴収に係る証明書に記載された金額の他に、収入はありません。
<input type="checkbox"/>	【同一医療保険に加入する者が全て非課税で保護者（申請者）または成年患者の収入金額が80万円以下】 提出した所得証明、収入確認書類（障害年金等及び特別児童扶養手当等）に記載された金額以外の収入はありません。 ※保護者（申請者）とは、次の者をいいます。 受診者が「国民健康保険以外（社会保険・共済組合等）」に加入の場合 → 受診者が加入する医療保険の被保険者 受診者が「国民健康保険（市町村国保・業種別国保組合）」に加入の場合 → 受診者と同一の医療保険に加入する保護者のうち最も収入の高い者 ※成年患者とは18歳以上の受診者のことをいいます。