

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新）										
受診者	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6		
	ふりがな 氏名	しが じろう 滋賀 次郎					生年月日 平成 19 年 4 月 1 日 (15歳)			
	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	住所 (居住地)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。) 〒					連絡先(電話)	077-528-XXXX 090-1111-XXXX (母)		
	加入医療保険	被保険者氏名	滋賀 太郎				受診者との 続柄	父		
	保険種別	健保協会 健保組 ・ 国保 ・ 共済 ・ 国保組合 ・ その他 ()								
	保険者名称	滋賀県●●健康保険組合				被保険者証 記号・番号	○○○ XXXXXXX			
	病名(主疾病)	XXXXXXXXXX		病名(副疾病 1)		病名(副疾病 2)				
申請者 (保護者)	ふりがな 氏名	しが たらう 滋賀 太郎					受診者との関係	父		
	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。) 〒					連絡先 (電話)	077-528-XXXX 090-2222-XXXX (父)		
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期								
申請する受給者証と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無					有(氏名・受給者番号) ・ 無					
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	【左欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <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						
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を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、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および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。 【同意する場合のみ、記入して下さい。】 年 月 日 申請者氏名						申請受付年月日				
私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 年 月 日										
申請者住所 氏名 (宛先) 滋賀県知事	大津市京町4丁目1-1 滋賀 太郎					受給者との続柄 (父)				
保健所記入	世帯の市町村民税	課税	円 (市町村民税課税額(所得割))			自己負担上限額の特例に関する書類確認	有・無			
	課税状況等	非課税	保護者(本人)収入額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担上限階層区分				
	加入医療保険変更の有無	有・無	送付先の有無	有・無	特記事項					

① 受診者の氏名、個人番号、生年月日、住所、加入保険等を記入してください。
※連絡先は、**連絡の取れる電話番号**を記入してください。複数記入いただいても構いません。

② 保護者は、お子さんが加入する医療保険が社保の場合は**被保険者（記入例では父）**を保護者としてください。
※ただし、下記2点の場合は、保護者はどちらでも結構です。
1. 社保で被保険者が単身赴任しているなど、同居していない場合
2. お子さんの加入する医療保険が国保または国保組合の場合

③ 同一世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方で、同じ医療保険に加入している方がいる場合は、氏名と番号を記入してください。
※ここに記入された対象者様と、自己負担額が按分されます。

④ 小児慢性特定疾病医療費は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日の分から支給することができます。ただし、同日が申請日から1か月以上前である場合にあっては、申請日の1か月前の日（やむを得ない理由により当該診断した日から1か月以内に申請することができなかった場合にあっては、申請日の最長3か月前の日）の分から支給することとします。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欄には、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、該当する年月日を記載してください。

⑤ 申請日は、空欄にしておいてください。

⑥ **申請者=保護者としてください。**

※「人工呼吸器等装着」を申請される方については、同封の「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」も医師に記入いただき、提出する必要があります。

○医療意見書の研究利用の同意について
小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した診断書（医療意見書）を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。
厚生労働省では、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（医療意見書）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。
また、医療意見書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

○注意事項

(1)人工呼吸器等装着
 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。
 生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。

(2)高額な医療が長期的に継続する患者の特例(「高額かつ長期」)
 高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。

(3)重症患者認定
 平成26年厚生労働省告示462号に定める小児慢性特定疾病による身体の状況または当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。
 上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	滋賀 太郎										受診者との続柄	父	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
世帯員氏名	滋賀 花子										受診者との続柄	母	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
世帯員氏名	滋賀 一郎										受診者との続柄	兄	
個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
世帯員氏名											受診者との続柄		
個人番号													
世帯員氏名											受診者との続柄		
個人番号													

⑦ 世帯の中で、お子さんと同じ医療保険に加入している方を全員記入してください。

○支給認定基準に関する事項

※該当する場合のみ、こちらへ記入をお願いします。

市町村民税非課税世帯で年収80万円以下 の場合	(提出書類以外に) 児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第22条第1項第1号(児童福祉法施行令の一部を改正する政令(平成26年政令第357号)附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名

⑧ 該当する項目がある場合のみ、記入をお願いします。なければ、空欄にしておいてください。

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

受診を希望する 指定医療機関等	医療機関等名 ●●市立●●病院	所在地 京都府●●市●●町●●
--------------------	--------------------	--------------------

⑨ 受診を希望する指定医療機関（基本的には医療意見書を記載した医療機関）を記載してください。

【申請者（保護者）の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏名	本人との関係（ ） 電話（ ）

⑩ 表面に記載の住所地以外の住所地に送付を希望される場合は、ここにご記入ください。