

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証交付申請書  
兼医療意見書情報の研究等利用同意書

受診者	フリガナ	セタガヤ タロウ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日生	年齢	満 〇〇 歳
	氏名	世田谷 太郎	平日の日中に連絡ができる電話番号を記入してください。			
	住所	〒 1 5 4 - 0 0 1 7	電話番号	03 ( 5 4 3 2 ) 2 4 4 1		
保険	種別	協会けんぽ・船員・日雇・健保組合・共済・国保・国保組合・生保				本人・家族
	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7 8 9	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
疾病名	1 〇〇〇〇〇 小児慢性特定疾病医療費医療意見書の「病名欄」に記載されている病名を記入してください。					
月額負担上限額の特例 (該当する項目に☑) (※1)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input checked="" type="checkbox"/> 重症申請	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯内 <sup>あん</sup> 按分	
世帯内 <sup>あん</sup> 按分対象者		難病氏名	世田谷 花子	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	
受診医療機関	名称	世田谷区役所クリニック				
	所在地	世田谷区世田谷1-1-1				
受診医療機関	名称	世田谷区役所薬局				
	所在地	世田谷区世田谷2-2-2				
小児慢性特定疾病医療費の支給開始日を申請日より前にすることを希望しますか。		<input type="checkbox"/> いいえ (こちらに☑した場合は、申請日の前日までににかかった医療費は支給されません。)				
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(※2)		<input checked="" type="checkbox"/> はい (次の欄に年月日を記載し、該当する理由に☑をしてください。)				
令和〇年〇〇月〇〇日		【左記の日から1箇月以内に申請できなかった理由(該当する理由に☑)】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input checked="" type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の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等により、書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 (支給開始日の遡りの希望の有無を記載してください。) <input type="checkbox"/> 特段の理由なし (ご希望の場合は日付などの記載をしてください。)				
登録者証交付申請	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない		*「申請する」を選択した場合、区市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。			
*受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となるので、次の申請者欄の記載は不要です。						
申請者	フリガナ	セタガヤ イチロウ			受診者との続柄	
	氏名	世田谷 一郎			父・母・その他 ( )	
	住所	世田谷区世田谷1-1-1 電話番号 ( )				
世田谷保健所長 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証の交付について、別紙関係書類を添えて、上記のとおり申請します。 当該支給の認定及び登録者証の交付に必要な場合は、世田谷区が保有している申請者、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、住民税等に関する税情報、【受診者が18歳以上の場合】医療情報、生活保護受給情報、公的年金等に関する情報及び身体障害者手帳情報を確認し、受診者氏名を記入してください。加入医療保険者に対し所得区分情報を確認し、関係医療機関に対し医療意見書等に関する情報を照会することに同意します。 令和〇年〇〇月〇〇日 申請者氏名 世田谷 一郎						

\*医療意見書情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「医療意見書情報の研究等への利用についてのご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

厚生労働大臣 あて

私は、小児慢性特定疾病の医療費支給認定申請又は小児慢性特定疾病登録者証交付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薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和〇年〇〇月〇〇日

受診者(患者)氏名 世田谷 太郎 代理人氏名 世田谷 一郎

\*受診者(患者)が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者(患者)に代わって同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで代理人氏名を記載してください。

- ※1 〇高額かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険が2割負担の場合、5万円/月)を超える月が年間6回以上ある 〇重症申請…重症認定基準を満たしている 〇人工呼吸器等を常時装着している 〇世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病患者がいる
- ※2 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると認めない理由により診断日から1箇月以内に申請を行わなかったときは3箇月前の日)のいずれか遅い日まで遡ることが可能です。そのため、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、医療費の支給を開始すること
- 職員記入欄です。何も記入しないでください。
- 受印欄