

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

太枠内の該当する事項をすべて記載してください。

申請区分 *該当するものに○を付けること。		新規・更新・転入・再交付(紛失・棄損)変更 負担額変更・医療機関の変更、追加疾病の変更、追加・その他()		受給者番号 *新規、転入の場合を除く。															
受診者	フリガナ							個人番号											
	氏名							男・女	生年月日	年 月 日 (歳)									
	住所	〒 -						電話番号		()									
	加入する医療保険 *該当する種別に○を付けること。	被保険者氏名							受診者との続柄										
	種別	健保(協会・組合)・船員保険・共済組合・国保(市町村・組合)後期高齢・生活保護その他()						被保険者証		記号									
										番号									
										保険者名称									
										保険者番号									
保護者	フリガナ							個人番号											
	氏名							受診者との続柄											
	住所	〒 -						電話番号		()									
疾病名(主疾病)								他の疾病名(副疾病)											
指定医療機関	区分	名 称						所 在 地											
	病院・診療所																		
	薬局																		
訪問看護ステーション																			
*書き切れない場合は裏面に記入	<p>受診を希望する指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)をすべて記載してください。今後新たに受診する予定の指定医療機関も、その名称等が明らかである場合は記載してください。書き切れない場合は、裏面に記載してください。</p> <p>該当するものに○を付け、重症患者と人工呼吸器等装着者については、小児慢性特定疾病医療意見書別紙に指定医の証明を受けてください。</p>																		
自己負担上限額の特例	高額かつ長期	小児慢性特定疾病の医療費総額が、過去1年以内に5万円を超える月が6回以上ある場合														有・無			
	重症患者	重症患者認定基準に該当する者														有・無			
	人工呼吸器等装着者	長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者であって、日常生活動作が著しく制限されている者														有・無			
*各世帯員の状況は裏面のとおりに																			
転入日	年 月 日	転入前の受給者証発行都道府県等		都道府県	市町村	転入前の受給者番号													
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																			
京都府知事 様																			
申請者(保護者)氏名				印 (自署又は記名押印)				受診者との続柄											

小児慢性特定疾病が複数ある場合、主たる疾病を左欄に、その他の疾病を右欄に記載して

処理欄	個人番号	今回確認	確認済	未確認	高額療養費	審査欄	認定	不認定	保留	受付印
	自己負担上限額	低	この欄は記載しないでください。							
	重									
		円				特例				

■支給認定基準世帯員及び自己負担限度額に関する事項(受診者と同じ医療保険に加入するすべての者を記載)

下記の者は、京都府が京都府小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づく事務処理に必要な地方税関係情報の取得及び住民基本台帳関係公簿の閲覧を行うことに同意します。なお、本書の複写は無効であり、小児慢性特定疾病医療費支給認定に関する事務に限り同意することを申し添えます。

受診者・世帯員氏名(個人番号)	住所地	受診者との続柄	該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を付けること。	左記の受給者番号
※氏名は必ず自署してください。(16歳未満の場合は代筆可)	*受診者の住所と異なる場合に記入すること。			
受診者	表面記載のとおり	本人	<input type="checkbox"/> 指定難病	
1	都道 府県	市 町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
2	都道 府県	市 町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特 <input type="checkbox"/> 指定難病	
3		市 町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特 <input type="checkbox"/> 指定難病	
4	府県	町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特 <input type="checkbox"/> 指定難病	
5	都道 府県	市 町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
6	都道 府県	市 町 村	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	

受診者と同じ医療保険に加入するすべての方の氏名を記載してください。

同じ世帯内に小児慢性特定疾病の患者が2人以上おられる場合や、指定難病と小児慢性特定疾病の患者がおられる場合は、該当する欄にを付け、その受給者番号を記載してください。

■指定医療機関(表面に書き切れない場合に記入)

区分	名称	所在地
指定医療機関	病院・診療所	
	薬局	
	訪問看護ステーション	

表面に書き切れなかった指定

市町村民税非課税世帯で年収80万円を超える場合	市町村民税が非課税の場合で、保護者の年間収入が80万円を超えるため、自己負担上限月額が階層区分Ⅲとなることを了承し、各種年金、給付金等の証明書は提出しません。(非課税証明書等を提出)	申請者氏名	印 (自署又は記名押印)
市町村民税が251,000円以上である場合	251,000円以上であり、自己負担上限月額が階層区分Ⅵ(最も高い負担額)となることを了承し、各種年金、給付金等の証明書は提出しません。(※国民健康保険組合(市町村国保を除く。)に加入する場合を除く。)	申請者氏名	印 (自署又は記名押印)

該当することを確認の上、署名された場合は、年金証書等の提出を省略できます。

■医療意見書の研究利用について

下記の趣旨を御理解の上、同意願います。なお、同意は任意であり、同意しないことが医療費支給認定の可否に影響を及ぼすことはありません。

私は、本申請書に添付した医療意見書の記載事項が小児慢性特定疾病等の治療研究、並びに慢性疾病にかかっている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利用されることに同意します。	申請者氏名	印 (自署又は記名押印)
---	-------	--------------

指定医が作成した医療意見書の内容を、小児慢性特定疾病の治療研究に利用することについて同意される場合は、署名してください。

京都府では、患者の医療費の一部を支給していることとして、医療費の程度が一定以上である患者の保護者に対し、申請に基づき、小児慢性特定疾病医療費支給認定の審査に用いるとともに、国においてデータベース化し、治療研究を推進する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、本申請書に添付された医療意見書のデータを

○個人情報保護について
患者の氏名や住所等の個人情報は、研究には利用されません。また、研究では患者の経過を把握することはありますが、患者を特定できないよう匿名化し、個人情報保護に十分配慮してデータベースが構築されます。
【研究利用等についての問合せ先】ポータルサイト「小児慢性特定疾病情報センター」(<http://shouman.jp>)を御覧ください。
独立行政法人国立成育医療研究センター小児慢性特定疾病情報センター 電話 03-3416-0181(代表)