

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											生年月日	年齢
	氏名											年 月 日生	満 歳
	住所	〒							電話番号	()			世田谷区
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				番号				保険者番号				
疾病名	1			2			3						
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 type="checkbox"/> 重症申請			<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/> 世帯内 ^{あん} 按分		
世帯内 ^{あん} 按分対象者		難病氏名			氏名			受給者番号					
		小児慢性氏名			氏名			受給者番号					
受診医療機関	名称							名称					
	所在地							所在地					
	名称							名称					
	所在地							所在地					
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かかった医療費は支給されません。)										<input 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。)	
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)		年 月 日			【左記の日から1箇月以内に申請ができなかった理由(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 type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特段の理由なし (こちらに☑した場合は、医療費支給開始日について遡れる限度は申請日の1箇月前の日までです。)								
登録者証交付申請	<input 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											受診者との続柄	
	氏名											父・母・その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 受診者と住所・電話番号が同じ場合は☑を記入し、異なる場合は下欄に住所・電話番号を記載してください。												
住所	〒							電話番号	()				
<p>世田谷保健所長 あて</p> <p>小児慢性特定疾病医療費の支給及び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。</p> <p>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、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等に関する情報及び障害者手帳情報を確認することに同意します。また、マイナンバーを用いた情報連携により医療保険情報を照会し、関係医療機関に対し医療意見書等に関する医療情報を照会することに同意します。</p> <p>年 月 日 申請者氏名</p>													

*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。	
年 月 日	
受診者(患者)氏名	代理人氏名
*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)に代わって代理人が同意する場合は、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 ○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、自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある ○重症申請…重症認定基準を満たしている ○人工呼吸器等装着…人工呼吸器又は人工心臓を常時装着している ○世帯内^{あん}按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる
- ※2 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日又は申請日の1箇月前の日(やむを得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が適当と考えられる年月日を記載してください。

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 職権確認	<input type="checkbox"/> その他 ()

収 受 印 欄	
------------------	--