

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受診者	受給者番号											新規・更新・変更・転入															
	ふりがな											性別	男・女														
	氏名											生年月日	平成														
	個人番号													年	月	日											
	住所	〒																									
	電話番号	第1連絡先						第2連絡先																			
	加入医療保険	保険者等の名称											保険者番号														
被保険者氏名 (保護者氏名)※												被保険者の 記号・番号															
疾病名																											
受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む) ※新規申請の場合のみ記入して下さい	医療機関名						医療機関名																				
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装置						<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(新規の場合はなし)																				
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例						<input type="checkbox"/> 重症患者認定																				
<p>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。申請受付後、自己負担額の決定に当たって、私又は私が属する世帯の世帯員の市民税の課税額等又は生活保護の受給状況を市民税課税資料等で調査・確認されることについて同意します。また、私が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認されることについて同意します。</p> <p>なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>呉市長 様</p> <p style="text-align: right;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(受診者との続柄: )</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																											

※国民健康保険の方は保護者の名前をご記入ください。

【添付書類】

- 医療意見書
- 世帯調書
- 健康保険証のコピー
- 同意書(保険者照会用)

(該当者のみ)

- 人工呼吸器等装着者申請時添付書類
- 重症患者認定申請書
- 身体障害者手帳のコピー
- 市町村民税を確認できる書類
- 受給者証のコピー(世帯按分)
- 高額かつ長期の特例を証する書類

受付印

保健総務課記入欄	審査会年月日	認定期間		承認の可否
	年 月 日	年 月 日～年 月 日		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
	世帯内按分	重症認定		人工呼吸
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	経過措置	階層区分		ホルモン療法
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	A・B1・B2・C1・C2・D		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(裏面につづく)

※該当する事項に☑を付してください。

### 〈小児慢性特定疾病医療費支給認定医療費意見書の研究利用についての同意〉

私は、本申請書に添付した意見書に記載された検査結果等を治療研究基礎資料として厚生労働省に提供することについて

同意する

同意しない

#### ○研究利用についてのご説明

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の保護者に対し、申請に基づき医療に要する費用（小児慢性特定疾病医療費）を支給しています。この制度の利用を申請していただく際に提出して頂く「医療意見書」は、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、データベース化して本事業の利用者数の把握等を行い、研究を推進することとしております。

小児慢性特定疾病の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、医療意見書のデータを研究へ利用させて頂きたく同意をお願いしております。

#### ○個人情報保護について

患者さんの氏名や住所といった個人情報は申請書を提出した都道府県等が管理し、研究には利用しません。研究では、受給者番号等によって患者さんの経過（どのような治療を受けて、どうなったか等）を把握することはありますが、患者さんを特定できないように匿名化しています。研究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。

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。

#### ○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://www.shouman.jp>）に研究利用等についての情報を随時掲載される予定ですので、ご覧ください。
- ・研究利用等についてはご不明な点は、下記までお問合せください。  
小児慢性特定疾病情報センター（独立行政法人国立成育医療研究センター）  
TEL 03-3416-0181（代表）

### 〈災害時支援に係る市町への情報提供についての同意〉

災害時に、個人情報（受診者の氏名、住所、電話番号、生年月日及び申請者の氏名、住所、電話番号）を住所地の災害時要援護者避難支援対策関係者へ情報提供することに同意しますか。

同意する

同意しない

### 個人番号（マイナンバー）の記載について

呉市が行っています小児慢性特定疾病医療費助成の支給認定に必要なため、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5号に定める個人番号を、記載してください。

また、個人番号（マイナンバー）を取得する際は、他人のなりすまし等を防止するため、厳格な本人確認を行います。

本人確認では①正しい番号であることの確認（番号確認）と②手続きを行っている者が番号の正しい持ち主であることの確認（身元確認）を行います。

なお、収集した個人番号については、利用目的以外の目的では利用せず、また、利用目的に係る事務が完了後速やかに廃棄することを申し添えます。