

(様式第1号)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--|--|----------|---------------------------------|-------------|---|------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 疾病名 | | *受給者番号（※2） | | | | | | | | | | | | | |
| 受 | フリガナ | 性別 | | 1 男 2 女 | | 年齢 | | 歳 | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 個人番号 | 登録済・未登録 | | | | | | | | | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 | 電話番号 | () - | | | | 携帯電話番号 | | | | | | | | | |
| | 加入医療保険 | フリガナ | | | 受診者との続柄 | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 健保（本人・家族） | | 2 国保（一般） | | 3 退職者国保（家族） | | 4 国保組合 | | | | | | | |
| | | 健康保険者証発行機関名 | | | | | | | | | | | | | |
| | | *健康保険者コード | | | | | | *高額療養費適用区分 | | | | | | | |
| | | 健康保険者証記号番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 身体障害者手帳の有無 | 1 有 2 無 | | 種 級 | | 年 月 日 取得 | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | | | | 受診者との関係 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 登録済・未登録 | | | | 電話番号（※3） | | | | | | | | | |
| | 住所（※3） | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額の特例（該当するものに☑） | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 | | | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 | | | <input type="checkbox"/> 重症患者認定 | | | | | | | | | | |
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 | | | | | 有 ・ 無 | | ※有の場合は、裏面に受給者番号を御記載ください。 | | | | | | | | |
| *所得階層区分 | | 生保・低I・低II・一般I・一般II・上位 | | | 成長ホルモン治療の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | |
| 指定医療機関 | 名称（薬局・訪看事業者を含む） | | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断書（医療意見書）の研究利用についての同意 | | 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する（詳細については裏面を参照）。 | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、診断書（医療意見書）の研究利用について同意し、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福井市長 様 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（保護者）氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印（※4） | | | | | | | | | | | | | | | |
| *認定期間 | | 年 | | 月 | | 日 | | ～ | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | | | | | | | | ～ | | | | | | | |

(裏面)

<同意について>

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、診断書(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。

なお、この同意は、添付された診断書(医療意見書)を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

(記入要領)

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 更新又は変更の方のみ記入。
- ※3 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※4 申請者(保護者)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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全員)

| | 世帯員氏名 | 個人番号 | 受診者との続柄 | 指定難病又は小児慢性特定疾病医療受給者番号 |
|----|-------|---------|---------|--|
| 1 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 2 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 3 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 4 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 5 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 6 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 7 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 8 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 9 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |
| 10 | | 登録済・未登録 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 |