

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）											
受診者	フリガナ				生年月日			（※1）			
	氏名				性別	男・女	年齢	歳	年 月 日		
	個人番号										
	フリガナ										
	住所	〒						電話			
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄					
	保険種別	協会・共済・健組・国組 市町村国保・生保・その他			被保険者証の 記号・番号						
	被保険者証 発行機関名										
（保申請者）	フリガナ				受診者との続柄						
	氏名										
	個人番号										
	フリガナ 住所 （※2）				電話番号 （※2）						
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（※3）			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期（※5）					
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定（※4）			<input type="checkbox"/>						
成長ホルモン治療の有無				有 ・ 無							
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病若しく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（氏名） ・ 無							
疾病名											
受診を希望する 指定医療機関 （薬局及び訪問看護事 業者を含む。）	医療機関名			所在地							
受給者番号 （※6）											
児童福祉法	第19条の3第1項の規定により、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の						支給認定 支給認定変更				
	第19条の5第1項						を申請します。				
	申請者氏名			印（※8）							
	年 月 日										
	久留米市保健所長 宛て										

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。また、転入手続についても本様式によるものとしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 別紙1（人工呼吸器等装着証明書）を添付してください。
- ※4 別紙2（重症患者認定申請書）及び別紙3（小児慢性特定疾病 重症診断書）又は障害年金証書若しくは身体障害者手帳の写しを添付してください。
- ※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の疾病の月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある場合に口欄に印をつけてください。
- ※6 更新又は変更の方のみ記入してください。
- ※7 医療意見書の研究利用の同意は、裏面の説明を確認してください。
- ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- ※9 本申請書には、上記のほか、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の9第2項による書類を添付してください。（裏面あり）

<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いただく「医療意見書」は、この事業の対象となるか否かを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いただきたく同意をお願いしております。本紙をお読みいただき、研究利用に同意いただけるようでしたら、下記にご署名いただき、医療意見書と共に申請先の久留米市へ提出してください。

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。

○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久留米市が管理し、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せんが、患者さんを特定できないように匿名化しています。研究の成果は公表しますが、その際に個人が特定されることはありません。

データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

○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」(<https://www.shouman.jp>)に研究利用等についての情報をこれから随時掲載していく予定でおりますのでご覧ください。ご不明な点は以下にお問合せください。

- ・久留米市保健所健康推進課難病・在宅医療チーム
- ・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

私は、上記の内容を確認し、医療意見書の研究利用について同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

申請者署名 _____

医療費支給認定基準世帯員調書兼同意欄 (受診者と同じ医療保険に加入する者)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請 (新規・更新・変更) の該当要件を審査するため、税部門に個人番号を利用して市町村民税課税額等を確認することについて同意します。

氏名	患児との続柄	生年月日 (年齢)	難病又は小児慢性特定疾病の該当者(※)	市町村民税課税額	所得額 (市町村民税非課税)
印 (個人番号)	本人				
印 (個人番号)					
印 (個人番号)					
印 (個人番号)					
印 (個人番号)					

※申請書表面の同一世帯にいる指定難病若しく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の該当者の欄に○をつけてください。

自己負担額階層区分	
-----------	--