

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

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													
自己負担上限額の特例 *各世帯員の状況は裏面のとおりに記入	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つて、日常生活動作が著しく制限されている者						有・無						
転入日 *京都市又は他の都道府県から転入の場合	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						

処理欄	個人番号	今回確認済	確認済	未確認	高額療養費適用区分	審査欄	認定	不認定	保留	受付印
	自己負担上限額	低I・低II・般I・般II・上位・友・生			疾病					
		重症・人呼・高長・按難・按小			特例					
円										

◎裏面も漏れなく記載してください。

■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) ※氏名は必ず自署してください。(16歳未満の場合は代筆可)		住所地 *受診者の住所と異なる場合に記入すること。	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
受診者		表面記載のとおり	本人	<input type="checkbox"/> 指定難病	
1		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
2		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
3		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
4		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
5		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	
6		都道市 府県町 村		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病	

■指定医療機関(表面に書き切れない場合に記入)

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		

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	市町村民税(所得割)が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)となることを承諾し、市町村民税課税証明書を提出しません。(※国民健康保険組合(市町村国保を除く。)に加入する場合は課税証明書の提出が必要です。) 申請者氏名 印 (自署又は記名押印)

■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、並びに慢性疾患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)

京都府では、患者に対する良質かつ適切な医療支援を行うため、疾病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の一部を支給しています。申請時に提出していただく医療意見書は、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こととしています。

つきましては、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、本申請書に添付された医療意見書のデータを利用することについて、同意していただきますようお願い致します。

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。

○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せんが、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)