

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書【更新】(1枚目)

八尾市

(患者本人)	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住所	〒(581 -) 八尾市				
申請者	氏名	フリガナ	受診者との続柄	【申請者(保護者)の優先順位】 ①受診者が加入する健康保険の被保険者 ②受診者を現に監護する方(例えば、①に該当する父又は母の一方が、単身赴任等により別居している場合) ③収入が高い方 ※受診者が18歳以上の場合は受診者本人		
	住所	〒(-) □受診者と同じため省略			電話番号	自宅： 携帯：

医療受給者証のコピー貼付欄

(別紙様式第5号)

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担者番号			受給者番号
受診者	氏名	性別	生年月日
	住所		
	保険者		
	被保険者証の記号及び番号	適用区分	
疾病名			
保護者	氏名	住所	
	住所		
指定医療機関	都道府県知事、政令・中核市長が指定する医療機関(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション)		
負担	自己負担上限額	所在地	療養区分
	入院時食事療養費自己負担額	所在地	
	人工呼吸器等装着	高額かつ長期	重症患者認定
	受給者と同じ世帯内にある指定薬病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者		
有効期間	～		
特記事項	上記のとおり認定する。 八尾市長 公印		

(※医療機関の方へ)

この証は、認定された受給者本人、認定された疾患、指定医療機関(病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション)での治療以外には使用できませんのでご注意ください。

自己負担上限月額に関する特例

重症患者認定

※小児慢性特定疾病医療意見書 別紙(重症患者認定意見書)を添付してください

□該当

□非該当

人工呼吸器等装着

※小児慢性特定疾病医療意見書 別紙(人工呼吸器等装着者証明書)を添付してください

□該当

□非該当

高額かつ長期

※小児慢性特定疾病の認定期間において、月ごとの小児慢性特定疾病医療費総額(10割分)が50,000円を超える月が、申請月を含めた12か月以内に6回以上ある方
【注意】上限額管理票を添付してください

□該当

□非該当

世帯内按分特例
(☆申請する場合記入☆)

※今回申請する受給者と同一の健康保険加入者の中に、指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる場合(申請中を含む)

【氏名】

【受給者番号：小/難】

※対象者の医療受給者証(写)を添付してください

【氏名】

【受給者番号：小/難】

※対象者の医療受給者証(写)を添付してください

受診を希望する指定医療機関
(☆申請する場合記入☆)

医療機関名

市町村

□追加
□変更

□病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション

□追加
□変更

□病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション

小児慢性特定疾病児手帳
(こども健康手帳)
の交付

□ 希望する
□ 希望しない

登録者証

※「申請する」を選択した場合、障がい福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公共機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

□ 申請する
□ 申請しない

私は、支給認定上必要がある場合は、住民基本台帳及び市税情報等を閲覧・利用すること並びに受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意したうえで、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

年 月 日

申請者氏名

(あて先) 八尾市長

特記事項

受付印

受付者

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における 医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

＜本同意書に関する説明＞

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や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、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や、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いただける場合は、下記にご署名いただき、「医療意見書」とともに、申請先へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

＜データベースに登録される情報と個人情報保護＞

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

＜データベースに登録された情報の活用方法＞

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、
①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査
②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

＜同意の撤回＞

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いいたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

厚生労働大臣 殿

私は、上記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり、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

住所： 申請書（表面）と同じ /

受診者氏名： _____

※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人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、以下も記入してください。

代理人氏名： _____

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書（2枚目）〔世帯調書〕

下記の太枠内に、受診者（患者本人）と同じ健康保険に加入する方（生活保護の場合は世帯員）全員を記入してください。

太枠内のみ記入してください	医療費支給認定基準世帯員	世帯員氏名	続柄	年齢	生年月日			市民税所得割額(非課税世帯の場合は年収) ※八尾市使用欄	
		受診者(患者本人)	本人		生年月日	年	月		日
		フリガナ			個人番号				
		フリガナ			生年月日	年	月	日	市民税額
		フリガナ			個人番号				年所得/年収 ※非課税の場合記入
		フリガナ			生年月日	年	月	日	市民税額
		フリガナ			個人番号				年所得/年収 ※非課税の場合記入
		フリガナ			生年月日	年	月	日	市民税額
		フリガナ			個人番号				年所得/年収 ※非課税の場合記入
		フリガナ			生年月日	年	月	日	市民税額
フリガナ			個人番号				年所得/年収 ※非課税の場合記入		

～以下は該当者のみ記入してください～

自己負担上限額が最上位階層となることの上承欄

課税関係を証明する書類を提出しませんので、階層区分が最上位となることを了承します。

申請者氏名

市町村民税非課税世帯で収入が80万円以下の場合のみ記入してください。

(注意1) 障害年金等(※1)や特別児童扶養手当等(※2)の受給状況がわかる書類を提出してください。

(注意2) 市町村民税非課税世帯で、収入が80万円以上ある場合は、(注意1)の書類の提出の有無に関わらず、自己負担上限月額決定のための階層区分はⅢ(2,500円)になります。

【収入に係る申し立て欄】

該当する欄に☑を付けてください。

<input type="checkbox"/>	注意1)に記載されている書類の一部ないしは全てを提出しませんが、市町村民税課税証明書に記載されている収入もしくは所得のほか、障がい年金等・特別児童扶養手当等の収入を加算しても、80万円を超えることはありません。
<input type="checkbox"/>	注意1)に記載されている書類の一部ないしは全てを提出しませんが、市町村民税課税証明書に記載されている収入もしくは所得のほか、障がい年金等・特別児童扶養手当等の収入を加算すると、80万円を超えるため、自己負担上限額が2,500円(階層区分Ⅲ)になることを了承します。

※1 障がい年金等とは…障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等

※2 特別児童扶養手当等とは…特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、福祉手当

以上の内容について相違ないことを申し立てます。

申請者氏名

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限月額（単位:円） 患者負担割合：2割 入院+外来（病院・診療所・薬局・訪看）		
			一般	重症患者（※2）	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等		0		
II	市町村民 税非課税 世帯	年収80万 円以下	1,250		500
III		年収80万 円超	2,500		
IV	一般所得Ⅰ （市町村民税7.1万円未満）		5,000	2,500	
V	一般所得Ⅱ （市町村民税7.1万円～ 25.1万円未満）		10,000	5,000	
VI	上位所得（市町村民税 25.1万円以上）		15,000	10,000	
	入院時の食費		1/2自己負担		

※1 医療保険上の世帯とは、住民票の世帯に関係なく、同じ健康保険に加入している方によって範囲が設定されます。

※2 重症患者は、以下のいずれかに該当する場合に対象となります。

- ①重症患者認定基準を満たす場合
- ②高額医療が長期的に継続する場合（医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある場合）

- ・階層区分「Ⅰ」に関しては、入院時の食費についても自己負担は生じません。
- ・血友病患者（先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象とされている疾患の方を含む）に該当する方は、上表に関わらず自己負担は生じません。

個人番号確認	受診者の個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード（通知カード廃止日（令和2年5月25日）以降、当該通知カードに係る記載事項に変更がない場合に限り使用可能） <input type="checkbox"/> その他 []
	支給認定基準世帯員の個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード（同上） <input type="checkbox"/> その他 []
申請者の身元確認	<input type="checkbox"/> 受診者（18歳以上） <input type="checkbox"/> 保護者	<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"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 [] 上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 小慢受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日の記載があるもの []

世帯の課税額（非課税世帯の場合は医療費支給認定保護者の年収額）		円
認定階層区分	血友病（Ⅰ）・生活保護（Ⅰ）・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	
自己負担上限額の特例	重症・高額かつ長期・人工呼吸器・世帯内按分	
自己負担上限額	円	
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	
備考		