

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書【新規（転入含む）】（1枚目）

八尾市

受診者（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					
	加入健康保険	フリガナ 被保険者氏名 (国保は世帯主氏名)	受診者との続柄	父・母・ ()	保険種別	<input type="checkbox"/> 市町村国保【世帯主・家族】 <input type="checkbox"/> 被用者保険【本人・家族】 <input type="checkbox"/> 業種別国保【組合員・家族】 <input type="checkbox"/> 生活保護等	
		記号	番号	保険者名称	保険者番号		
申請者（保護者）	【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 ※転入新規申請で、受診者が18歳以上の場合は受診者本人		氏名	フリガナ	電話番号	自宅： 携帯：	
			住所	〒（ - ） 続柄（ ） □受診者と同じため省略			
疾病名							
転入の場合のみ記入	転出元	都・道・府・県 市・町・村・区		転入日	令和 年 月 日		
受診を希望する指定医療機関	医療機関名			所在地		指定確認 ※記入不要 <input type="checkbox"/>	
支給開始日の遡及	小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日※	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []				
	上記の遡りが必要ない方		□1か月以上の遡りは必要ない				
自己負担上限月額に関する特例	重症患者認定		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
	高額かつ長期（転入による新規申請の場合のみ） ※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						
	世帯内按分特例		<input type="checkbox"/> 該当	氏名	受給者番号：小/難		<input type="checkbox"/> 非該当
			氏名	受給者番号：小/難		<input type="checkbox"/> 非該当	
		※対象者の医療受給者証（写）を添付してください					
小児慢性特定疾病児手帳（こども健康手帳）の交付	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		登録者証		<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 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。			特記事項		受付印		
年 月 日							
申請者（保護者）氏名			受付者				
			(あて先) 八尾市長				

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			
						個人番号				
		受診者（患者本人）	本人		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
		申請者（保護者）			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を了承欄

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（保護者）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(保護者)
氏名

