

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） 受診者	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受診者が加入する医療保険の被保険者 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				続 柄		
	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				療養 区分		
	入院時食事療養費 自己負担額			高額かつ長期			
	人工呼吸器等装着			重症患者認定			
	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 交付日 令和 年 月 日				

（※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、保健薬局、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	□該当 □非該当	
※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		
人工呼吸器等装着	□該当 □非該当	
※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		
高額かつ長期	□該当 □非該当	
※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 （☆申請する場合記入☆）		
※今回申請する受給者と同一の医療保険加入者の中に、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	マイナンバー連携（課税証明書の提出省略） ※業種別国保の方・被用者保険非課税の方は省略できません	□ 希望する □ 希望しない
私は、支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の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		特 記 事 項	受 付 印
		受 付 者	
(あて先) 八 尾 市 長			

小児慢性特定疾病の医療費助成申請における 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を目指し、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等には、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）と同じ医療保険に加入する方（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		個人番号		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	市民税額	
		フリガナ			個 人 番 号					
		フリガナ			生年月日	年	月	日	市民税額	
					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	
					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	
					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	
			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			
			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			
			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で了承欄

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。

申請者氏名

市町村民税非課税世帯で収入が80万円(※3)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(※3)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。

☐	(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(※3)を超えることはありません。
☐	(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(※3)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
※3 収入「80万円」については、令和7年7月1日以降「80万9千円」となります。
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

世帯の課税額(非課税世帯の場合は支給認定保護者又は支給認定患者の年収額)		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		