

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<br>※和暦でご記入ください   | 年 月 日           | 年齢  | 歳   |
|   | 住所  | 〒（ 581 - ）<br>八尾市    |   |                 | 性別  | 男・女   |
|   | 加入健康保険  | フリガナ                 | 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】<br><input type="checkbox"/> 被用者保険【本人・家族】<br><input type="checkbox"/> 業種別国保【組合員・家族】<br><input type="checkbox"/> 生活保護等 |
|   |   | 被保険者氏名<br>(国保は世帯主氏名) |   | ( )             | 保険者名称   |   |
|   |   | 記号・番号                |   |                 | 保険者番号   |   |
| 申請者（保護者）  | 【申請者(保護者)の優先順位】<br>①受診者が加入する健康保険の被保険者<br>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）<br>③収入が高い方 |                      | 氏名  | フリガナ            | 電話番号  | 自宅：<br>携帯：  |
|   |   |                      | 住所  | 〒（ - ）<br>続柄（ ） | <input type="checkbox"/> 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<br>市・町・村・区   |   |                 | 転入日   | 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<br>※記入不要   |   |
|   |   |                      |   |                 | <input type="checkbox"/>  |   |
|   |   |                      |   |                 | <input type="checkbox"/>  |   |
|   |   |                      |   |                 | <input type="checkbox"/>  |   |
| 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<br><input type="checkbox"/> 非該当 |                 | 人工呼吸器等装着<br>※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（転入による新規申請の場合のみ）  |                      |   |                 | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当   |   |
|   | 世帯内按分特例   |                      | 氏名 受給者番号：小/難<br>氏名 受給者番号：小/難<br>※対象者の医療受給者証（写）を添付してください     |                 | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当   |   |
| 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<br><input type="checkbox"/> 希望しない                                       |                      | 指定医が作成した医療意見書の研究等への利用についての同意（※裏面参照）                         |                 | 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案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。<br>【 <input type="checkbox"/> 同意します。 ・ <input type="checkbox"/> 同意しません。】<br>（※裏面をお読みになり、いずれかに☑を入れてください） |   |
| 私は、支給認定上必要がある場合は、住民基本台帳を閲覧・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   |   |                      |   | 受付者             |   |   |
| (自署の場合、押印は省略していただけます)   |   |                      |   |                 |   |   |
| (あて先) 八尾市長  |   |                      |   |                 |   |   |

## 小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請される方へ

～小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について～

### <医療意見書の研究利用に関するご説明>

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等に対し、申請に基づき、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書」の同意欄にチェックの上、提出してください。（同意されない場合はその旨をチェックのうえ、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>

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる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としております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。また、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。

(提供先について)

- ・厚生労働省
- ・厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・都道府県、指定都市、中核市
- ・上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

### <同意の撤回等について>

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後も、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。

(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou\\_kenkyu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html)

### <データベースに登録される項目>

データベースに登録される項目は臨床調査個人票(医療意見書)に記載された項目となります。臨床調査個人票(医療意見書)については、以下のURLをご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

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

### <その他>

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過(どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等)を把握することがあります。

# 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人（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)<br>※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

印

## 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(2500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2500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

印

| 階層区分   | 階層区分の基準                            |              | 自己負担上限月額（単位:円）<br>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<br>税非課税<br>世帯                 | 年収80万<br>円以下 | 1,250   |          | 500       |
| III    |                                    | 年収80万<br>円超  | 2,500   |          |           |
| IV     | 一般所得Ⅰ<br>(市町村民税7.1万円未満)            |              | 5,000   | 2,500    |           |
| V      | 一般所得Ⅱ<br>(市町村民税7.1万円～<br>25.1万円未満) |              | 10,000  | 5,000    |           |
| VI     | 上位所得(市町村民税<br>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家族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。

・平成30年9月1日から、自己負担上限月額（階層区分）の決定にあたり、「寡婦(夫)控除のみなし適用」が実施されます。詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

・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。

| 患者本人の申請 | 患者の身元(実存)確認   |   | 患者の番号確認   |   |
|---------|---|---|---|---|
|         | 以下の書類の1つ<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転履歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券<br><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 | 以下の書類2つ<br><input type="checkbox"/> 受給者証(難病) <input type="checkbox"/> 受給者証(小慢) <input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 年金手帳  | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票                |   |
| 保護者の申請  | 保護者の確認  | 保護者又は代理人の身元(実存)確認   | 保護者の番号確認  | 患者の番号確認   |
|         | <input type="checkbox"/> 住民票  | 以下の書類の一つ<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 運転履歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票                | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 通知カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 住民票(写し可) |
| 代理人の申請  | 代理人の確認  | 以下の書類に2つ<br><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書  | 患者の番号確認   |   |
|         | 任意代理人の場合<br><input type="checkbox"/> 委任欄の記載<br>法定代理人の場合<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本<br><input type="checkbox"/> 登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> 裁判所の決定通知   |   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 通知カード(写し可)<br><input type="checkbox"/> 住民票(写し可) |   |

| 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・みなし寡婦(夫) |   |
| 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                              |                                |   |