

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新)

※新規、更新のいずれかに○を付すること

受診者	受給者番号 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>				個人番号	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	
	フリガナ	エヒメ イチロウ			性別	男	年齢	生年月日		
	氏名	愛媛 一郎						16 歳	平成15年11月11日	
	居住地	〒 790-8570 松山市一番町四丁目4番地2					電話番号	089-941-2111		
	加入医療保険	フリガナ	エヒメ タロウ			被保険者氏名	愛媛 太郎			受診者との続柄
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 加入あり (右欄も記入) <input type="checkbox"/> 加入なし (該当する場合レ印)	保険種別	<input type="checkbox"/> 協管本人 <input type="checkbox"/> 協管家族 <input type="checkbox"/> 健組本人 <input type="checkbox"/> 健組家族	<input type="checkbox"/> 共済本人 <input type="checkbox"/> 共済家族 <input type="checkbox"/> 船員保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国保一般 <input type="checkbox"/> 国保退職 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢	被保険者証の 記号・番号		○○ ○○			
	被保険者証 発行機関名	○○○○○								

疾病名 ○○○○○○

自己負担上限額 (該当するものにレ印)

<input type="checkbox"/>	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。
<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 申請日の属する月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療支援に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。
<input type="checkbox"/>	重症患者認定 重症患者認定基準に該当した。
<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で難病の医療費助成を受けている又は申請中である。
<input checked="" type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同じ医療保険の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を受けている者又は申請中の者

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	(難病・小慢)
氏名	愛媛 二郎							
受給者番号	(難病・小慢)							
氏名								

受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関 (薬局、訪問看護ステーションを含む)	医療機関名						所在地			
	○	○	○	○	○	○	病院	松山市○○○町○番○号		
	△	△	△	△	△	△	薬局	松山市△△△町△番△号		
	□	□	□	訪問看護ステーション				松山市□□□町□番□号		
<input type="checkbox"/>	院外処方による薬局の利用なし									

愛媛県 ○○○ 保健所長 様

令和○○年 ○○月 ○○日

居住地

保護者 氏名 愛媛 太郎 (印)

(受診者との続柄 父)

電話番号

個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○

※自署の場合は押印不要
※居住地と電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入

〔保健所記入欄〕

《裏面に続く》

保護者の本人確認	1つで可	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 医療受給者証 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号付き) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()				

同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、愛媛県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

愛媛県 〇〇〇 保健所長 様

住 所 松山市一番町四丁目 4 番地 2

氏 名 愛媛 一郎

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所 松山市一番町四丁目 4 番地 2

氏 名 愛媛 太郎

印

(本人との続柄： 父)

(自署の場合は押印不要)

【記入上の注意事項】

患者本人の住所及び氏名と、法定代理人欄に保護者等の住所、氏名、患者本人との続柄をご記入ください。

※記入不要（愛媛県記載欄）

--	--	--	--	--	--	--	--

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における
医療意見書の研究利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

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データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病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、研究に利用されることに同意します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 松山市一番町四丁目4番地2

患者氏名 愛媛 一郎

申請者署名 愛媛 太郎

＜研究利用についてのご説明＞

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の保護者に対し、申請に基づき、医療に要する費用（小児慢性特定疾病医療費）を支給しています。この制度の利用を申請していただく際に提出して頂く「医療意見書」は、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、データベース化して本事業の利用者数の把握等を行い、研究を推進することとしております。

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、医療意見書のデータを研究へ利用させて頂きたく同意をお願いしております。本紙をお読み頂き、研究利用に同意頂けるようでしたら、上記にご署名頂き、医療意見書と共に申請先の都道府県、指定都市又は中核市（以下、「都道府県等」という。）へ提出してください。

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：

患者さんの氏名や住所といった個人情報は申請書を提出した都道府県等が管理し、研究には利用しません。研究では、受給者番号等によって患者さんの経過（どのような治療を受けて、どうなったか等）を把握することはありますが、患者さんを特定できないように匿名化しています。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。

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。

○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>) に研究利用等についての情報をこれから随時掲載していく予定でおりますのでご覧ください。ご不明な点は以下にお問合せください。

- ・申請した、都道府県等の連絡先 Tel:
- ・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
Tel: 03-3416-0181（代表）

重症患者認定申請書

受診者氏名	愛媛 一郎			
受給者番号 (新規申請の場合は不要)				
疾病名	〇〇〇〇〇〇			
障害等の状態	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態			
	該当対象部位	基準①・聴器		
		基準①	基準②	
	眼		悪性新生物	
	聴器	○	慢性腎疾患	
	上肢		慢性呼吸器疾患	
	下肢		慢性心疾患	
	体幹・脊柱		先天性代謝異常	
	肢体の機能		神経・筋疾患	
			慢性消化器疾患	
			皮膚疾患	
			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	
		骨系統疾患		
		脈管系疾患		
添付する証明書類	① 小児慢性特定疾病医療意見書	2. 障害年金証明書の写		
	3. 身体障害者手帳の写	4. その他 ()		
以上のとおり、重症患者の認定を申請します。				
居住地 松山市一番町四丁目4番地2				
申請者 氏名 愛媛 太郎 印				
令和〇〇年〇〇月〇〇日				
愛媛県 〇〇〇 保健所長 様				

- 注1 障害等の状態について主治医記載後の医療意見書（重症申請の要否欄）を確認の上、該当欄に記入し、添付する証明書類に○を付すること。
- 2 重症申請の要否欄において、小児慢性特定疾病重症患者認定基準①あるいは②のいずれか1項目以上に該当していること。
- 3 身体障害者手帳は対象疾患を原因として2級以上の認定を受けている場合に参考書類として写しを添付すること。
- 4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

- ① すべての疾病に関して、次に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間（おおむね6か月以上）継続すると認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの）
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの）
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したものの） 両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したものの） 一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したものの）
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したものの） 両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの）
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したものの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

- ② ①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

疾患群	該当項目
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析（CAPD（持続携帯腹膜透析）を含む。）を行っているもの
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの
先天代謝異常	知能指数が20以下、又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患	発達・知能指数が20以下、又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
慢性消化器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
皮膚疾患	発達・知能指数が20以下、又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	上記の項目のいずれかに該当するもの
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの
脈管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの

小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

氏名	愛媛 一郎	生年月日	平成 15 年 11 月 11 日
疾病名	〇〇〇〇〇〇		

支給認定を受けている小児慢性特定疾病名を記載

算定期間	令和〇〇年〇月〇〇日から 令和〇〇年〇月〇〇日までの間	
診療・調剤 訪問看護 年 月	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
令和〇〇年〇月	100,000円	保険適用後の自己負担額ではなく、医療費総額を記載
令和〇〇年〇月	100,000円	
令和〇〇年〇月	100,000円	
年 月		
年 月		
年 月		
合 計	300,000円	

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(医療機関等)

名 称 〇〇〇〇〇〇病院
所在地 松山市〇〇〇町〇番〇号
管理者名 〇〇 〇〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印

「高額かつ長期」の要件

医療機関の方へ

この証明書は、小児慢性特定疾病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して、一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

既に認定された方で、月ごとの当該小児慢性特定疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が、申請しようとする月以前の12か月のうちの期間に、6か月以上ある方で、現在一般所得I(C1)以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

(注) 小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる医療にかかる費用のみ記載ください。

【記入上の注意事項】

- ・これは医療機関が作成するものです。要件を満たす場合のみ医療機関に作成を依頼してください（要件を満たさない場合は、作成いただく必要はありません。）。
- ・支給認定を受けている小児慢性特定疾病にかかる医療費のみが対象です。その他の疾病にかかった医療費は記載不要です。
- ・医療費は保険適用後の自己負担額のみではなく総額の記載が必要です。
- ・複数の医療機関（病院、薬局等）でかかった医療費を合算すると要件を満たす場合は、それぞれの医療機関に作成を依頼してください。ただし、1箇所の医療機関が作成したもののみで要件を満たすことが確認できる場合は、全ての医療機関に作成を依頼する必要はありません。