

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書（新規・更新・変更）※1																
受診者	フリガナ					個人番号				年齢		生年月日				
	氏名									歳		平成・令和 年 月 日				
	住所	(〒 -)								電話番号		(自宅) (携帯)				
	加入医療保険 ※保険証の写を添付	保険種別	健保・国保・共済・国組・船員・生保				記号・番号		記号							
		保険者名							番号							
被保険者氏名						受診者との関係										
申請者(※2)	※ 受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となるので、この申請者欄の記入は不要です。															
	フリガナ															
	氏名											受診者との関係				
	住所	□ 受診者と同じ										電話番号				
保護者の障害年金・遺族年金等の受給の有無(※3)				無・有 [障害年金(級)・遺族年金] ※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)を添付												
保護者の特別扶養手当等の受給の有無(※3)				無・有 特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当 ※手当の受給者証等確認できる書類(写)を添付。												
※年金・手当等の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「低所得Ⅱ」になることを了承する方のみ記入。(※3) 自己負担限度額が低所得区分最高ランクの「低所得Ⅱ」になることを了承します。 氏名																
※住民税の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「上位所得」になることを了承する方のみ記入。 自己負担限度額が最高ランクの「上位所得」になることを了承します。 氏名																
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)		☐ 人工呼吸器等装着者申請(人工呼吸器等装着者証明書添付) ☐ 重症患者認定申請(重症患者認定申告書添付) ☐ 高額かつ長期(重症患者認定申告書添付)														
		☐ 世帯内按分特例(☐ 小慢 ☐ 難病) 氏名() 受給者番号()														
疾病名																
受給者番号																
支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者) ※受診者は記入不要。加入医療保険が国民健康保険または国保組合の場合は加入している世帯全員、被用者保険(全国健康保険協会、健保組合、共済組合等)の場合は被保険者のみを記入してください。																
世帯員氏名		受診者との続柄	生年月日		同居・別居 どちらかに○印		個人番号				備考(別居の場合、住所を記入して下さい)					
1					同居・別居											
2					同居・別居											
3					同居・別居											
4					同居・別居											
5					同居・別居											
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(※4)				令和 年 月 日 ※ 更新の場合は、記入不要。				【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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他()								
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。また、支給認定にかかる自己負担額等の決定のために必要事項(住民票上の世帯、受診者と同一医療保険上の世帯確認のための住民基本台帳の閲覧、自己負担区分判定のための課税台帳の閲覧及び市町村民税所得課税証明書の公用取得、高額療養費適用区分及び世帯員確認のための国民健康保険台帳の閲覧、加入医療保険の資格情報の閲覧、生活保護受給情報)について、その情報を確認または照会することに同意します。												保健所受理印				
申請者氏名 (続柄:) ※受診者が18歳以上の場合は本人氏名を記入。 令和 年 月 日 那覇市長 宛																
裏面「小児慢性特定疾病の医療費助成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」をお読みの上、下記①、②について同意される方は、以下に署名をご記入下さい。 厚生労働大臣 殿 私は、本申請書に添付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。 令和 年 月 日 受診者(患者)氏名 代理人氏名 ※患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、代理人氏名を記載してください。																

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。※2 申請者は、保護者の名前を記入。保護者は、次の優先順位で決定されます。①児童が加入している医療保険の被保険者(国保は世帯主、国保組合は組合員)、②児童を現に監護している者(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等) ※3 受診者と同じ保険に加入している方全員が「市町村民税所得課税証明書の公用取得、高額療養費適用区分及び世帯員確認のための国民健康保険台帳の閲覧、加入医療保険の資格情報の閲覧、生活保護受給情報」について、その情報を確認または照会することに同意します。

★裏面にも記入箇所があります。

受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）※複数可	医療機関名	所在地・電話番号

-----ここから下の欄には記入しないで下さい。-----

小児慢性特定疾病の医療費助成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

◀ 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、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市（特別区を含む）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。

保健所記入欄	
備考	