

大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

新規（転入） ・ 更新 ・ 変更^注

注 変更申請の場合は、受診者欄と申請者欄のみ記載してください。

受診者	ふりがな		男・女	受給者番号 (お持ちの方のみ)															
	氏名			生年月日									(歳)						
	住所	<input type="text"/>		-	<input type="text"/>									電話番号 () -					
		大阪市	区																
受診者が加入する医療保険	被保険者氏名											受診者との続柄							
	保険種別 (いずれかに○)	国民健康保険（大阪市・業種別） ・ 被用者保険（全国健康保険協会・組合健保・共済）																	
	被保険者証 発行機関名	名称									被保険者証 記号・番号	記号							
番号										番号									
疾病名																			
受診指定医療機関 <small>(対象疾病のため利用する全ての医療機関を記載してください) ・病院 ・診療所 ・訪問看護ステーション ・薬局</small>	名称									所在地									
	名称									所在地									
	名称									所在地									
	名称									所在地									
	名称									所在地									
	名称									所在地									
自己負担上限月額の特例	重症患者認定	重症患者認定基準を満たしている方										<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない						
	人工呼吸器等装着者	対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている方										<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない						
	高額かつ長期	申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費の総額(10割分)が5万円を超える月が6回ある方										<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない						
	世帯内按分特例	医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の認定患者(申請中含む)がいる方											<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない					
按分対象者		氏名									受給者番号	指定難病 ・ 小児慢性							
	氏名									受給者番号	指定難病 ・ 小児慢性								
更新申請	小児慢性特定疾病児童手帳の再交付について (病状や治療経過等の記録を自身で行うための手帳で、新規登録時に交付しているもの)											<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない						
転入申請	本市への転入日							転入前の受給者証発行自治体			転入前の受給者番号								

大阪市長 様

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。この認定に必要な場合は、私及び支給認定基準世帯員等の個人市民税課税台帳等関係公簿等を閲覧又は照会されることに同意します。なお、以上の内容について同世帯員等全員の承諾を得ています。

年 月 日

申請者(保護者) ※	ふりがな											受診者との続柄	日中の連絡先の電話番号	
	氏名 (自署もしくは記名押印)											印	() -	
	住所(受診者と異なる場合のみご記入ください。)											受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)住所 <input type="checkbox"/> 受診者(児童)住所		

※申請者の基準は次のとおりです。(申請者の氏名等は医療受給者証の保護者欄へ記載されます。)

- 1 受診者(児童)が加入している医療保険の被保険者(受診者が被保険者である場合を除く)
- 2 受診者(児童)を現に監護している者(1に該当する父または母の一方が単身赴任等により別居している場合等)
- 3 収入の高い者

保健福祉センター 記入欄	現在の受給者証の記載内容	有効期限(～ . . .) 階層区分() 高額かつ長期(有・無) 世帯内按分(有・無)						保健師面接	保健福祉センター受付印
	申請者の個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 申立書・その他 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書						済・未	
保健所記入欄	重症	呼吸器	高額長期	按分難・小	階層区分	自己負担上限月額	適用区分	住基確認	
	保変	医迫	ホ切						

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。

年 月 日

住所

※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、以下も記名してください。

患者氏名

代理人氏名

<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、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに本市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：

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

○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。

(※)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、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

■ 申請に際しての注意

- ① 申請受付から、審査結果が出るまでに、通常2か月程度かかります。(指定医に内容確認を行う場合は、審査に2か月以上かかることがあります。)
- ② 有効期間の始期は、申請受理日となります。更新申請の場合、有効期間内に手続きをしていただく必要があります。有効期間を過ぎて申請をされた場合は、新規申請となり、申請受理日が有効期間の始期となります。
- ③ やむを得ない事情のある場合は、申請書類のみを提出いただいた日を申請受理日とすることが可能です。医療意見書等その他の必要書類については速やかに提出してください。
- ④ 医療受給者証が届くまでの間は、医療機関により支払いを待ってもらえる場合と、請求される場合があります。医療費をお支払いいただく際は、**医療保険単独適用後自己負担分を一旦お支払いいただき**、交付後、受診医療機関で精算していただいでください。精算が難しい場合は請求書に領収書等必要書類等を添えて大阪府へ請求してください。
- ⑤ 受診指定医療機関の欄には、受給者証を使用する全ての病院、診療所、院外薬局、訪問看護ステーション等を記載してください。
- ⑥ 受給者証の記載内容に変更がある場合は、速やかに変更申請を行ってください。受診医療機関については、申請日からの適用となります。自己負担上限月額の変更については、原則、申請日の翌月1日から適用となります。