

県 使 用 欄	<input type="checkbox"/> 医療機関追加 <input type="checkbox"/> 疾患追加・変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 高額長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 按分(難・小) <input type="checkbox"/> 所得階層変更
	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 健保・非 <input type="checkbox"/> マル長あり(血・透) <input type="checkbox"/> 記変あり <input type="checkbox"/> 複数疾患(疾患)

小児慢性特定疾病医療費支給認定/登録者証(小児慢性特定疾病) 申請書(新規・更新・変更)(※1)

疾病名		*受給者番号(※2)								
受診者 / 要支援者	フリガナ	年齢								
	氏名	生年月日		年	月	日				
	個人番号	登録済 ・ 未登録								
	郵便番号	〒								
	住所									
	電話番号	携帯電話番号								
	加入医療保険	フリガナ	受給者との続柄							
		被保険者氏名								
		<input type="checkbox"/> 1 健保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 2 国保(一般) <input type="checkbox"/> 3 退職者国保(家族) <input type="checkbox"/> 4 国保組合								
		健康保険者証発行機関名								
*健康保険者コード		*高額療養費適用区分							
健康保険者証記号番号										
身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無		種	級	年	月	日	取得		
医療機器の使用状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 時間/日		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素							
申請者※3	フリガナ			受診者との関係						
	氏名									
	個人番号	登録済 ・ 未登録		電話番号						
	住所									
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 <input type="checkbox"/> 重症患者認定							
登録者証申請(※4)	<input type="checkbox"/> 申請する(紙交付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		<input type="checkbox"/> 申請しない							
	<input type="checkbox"/> 発行済(発行自治体)						*所得階層区分			
今回申請する受診者と同じ世帯(※5)内にいる指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成対象者	有・無		※有の場合は、裏面に受給者番号を御記載ください。				・生保・低Ⅰ・低Ⅱ ・般Ⅰ・般Ⅱ・上位			
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(※6, 7)	年	月	日	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間がかかったため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()						
※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。 ※2 更新または変更の方のみ記入 ※3 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は「本人」と記載する。 ※4 「申請する」を選択した場合、障害福祉サービスなどの公的サービス利用時に、当該サービスを利用する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。 ※5 受診者と生計を一にする者とする。 ※6 支給開始日は、指定医が疾病の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。 ※7 更新の場合は原則記入不要										
上記のとおり、申請します。				年	月	日				
福井県知事 様				申請者(保護者)氏名						
*保健所名	*認定期間		年	月	日	～	年	月	日	
保健所			

裏面へ続く

医療意見書情報の研究等への利用について同意をされる方は、別添「医療意見書情報の研究等への利用についての同意書に対するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。(任意)

厚生労働大臣 様

私は、別添「医療意見書情報の研究等への利用についての同意書に対するご説明」の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成または登録者証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

患者氏名

(患者が未成年また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、以下も記名してください。)

代理人氏名

<市町における災害時要支援者名簿の作成について>

平成25年6月に災害対策基本法が改正され、市町において避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられました。これにより、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、県は市町の求めに応じて特定医療費(指定難病)支給認定申請書の内容(氏名等の基礎情報や療養状況、人工呼吸器の使用状況等)を提供することがあります。これは、災害時の要支援者への対応をより充実することを目的としており、本目的以外には用いられませんので、ご承知ください。

指定医療機関	
--------	--

支給認定基準世帯員(受給者と同じ医療保険に加入する者)

	世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄	指定難病または小児慢性特定疾病医療受給者番号
1		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
2		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
3		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
4		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
5		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
6		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
7		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
8		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
9		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
10		登録済・未登録		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性