第1号様式　　小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			年　月　日生 （満　歳）
	住所	〒　—　電話番号	（　）	
		葛飾区　丁目　番　号		
保険	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保　（退職被保険者）		本人・家族
	記号	番号	保険者番号	
病名		1	2	3
自己負担限度額に関する特例（※1）		該当する場合、当該項目に○を付けてください。	重症申請　人工呼吸器等装着　高額かつ長期　世帯内按分	
受診医療機関				
申請者	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、以下の申請者欄の記載は不要です。			
	フリガナ			続柄
	氏名			父・母・その他（　）
	住所	□　受診者の住所・電話番号と同じ場合は□にチェックしてください（記載省略可）。 ※　受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。		
		〒　—　電話番号	（　）	
		葛飾区　丁目　番　号		
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（※2）		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】 （左記の欄から申請日までの期間が1か月より短い場合は記載不要） □小児慢性特定疾病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等により、申請書類の提出に時間を要したため □その他〔	

（※1）○重症申請…重症認定基準を満たしている　○人工呼吸器装着…人工呼吸器等を装着している　○高額かつ長期…医療費総額が5万円／月（医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月）を超える月が年間6回以上ある　○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

（※2）医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考える年月日を記載する。支給開始は、診断年月日または申請日から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）の日のいずれか遅い日に遡って申請することが可能。

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証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の同意書

私は、別紙の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又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。

厚生労働大臣　殿　　年　月　日　　患者署名

※ 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、以下も署名してください。

代理人署名：

小児慢性特定疾病登録者証の申請について　申請する・申請しない

申請する場合、患者氏名、有効期間等の登録者情報をマイナンバーに紐づけます。災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成において、区市町村長がマイナンバー連携により、登録者情報を確認することがあります。（いずれにもマル印がない場合、「申請する」とみなします。）

上記疾病の医療費の支給を受けたいため、関係書類を添えて申請します。
また、この申請に必要な場合は、葛飾区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住民税等に関する課税情報、国民健康保健情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額、身体障害者手帳情報、特別児童扶養手当、障害児福祉手当等所得区分を決定するうえで必要な情報（世帯員分を含む）を確認することに同意します。

年　月　日　　患者氏名

葛飾区長　殿　　申請者氏名

葛飾区使用欄	
受付年月日	本人確認

葛飾区使用欄								
医学審査	審査会	疾患認否	成長ホルモン	重症	人工呼吸器等	高額長期	世帯按分	自己負担上限額
	有・無 月　日							