

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 ☐ 転入 (                      から)

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|---------|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 受<br>診<br>者                                                                                                                                                                                                           | フリガナ                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       | 生年月日    |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 氏名                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       | 年 月 日   |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 住所                                                                                                                                                                                          | 〒 板橋区                                                                                                                         |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       | 申請日時点 歳 |                                                         |                          |                          |
| 保<br>険                                                                                                                                                                                                                | 保険者番号                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    | 保険者名称           |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 記号                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                        |  | 番号 |  |  |  | 枝番号                                                                                |                 |       | 本人家族の別  | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 |                          |                          |
| 疾病名                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 認<br>定<br>開<br>始<br>日                                                                                                                                                                                                 | 小児慢性特定疾病医療費の支給を開始<br>することが適当と考えられる年月日<br>年 月 日                                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  | ※記入が無い場合…申請日から開始します。<br>※診断日欄に発症年月日等診断日ではないと思われる日付が記載されて<br>いる場合…発行元に確認し、日付を修正します。 |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 記入する日付は、添付の医療意見書作成時において、疾病の状態の程度を満たしていると診断した日まで<br>遡ることが可能です。ただし遡り期間は原則申請日から1か月前までです。やむを得ない理由により申請が<br>行えなかったと認められた場合は最長3か月前の同じ日までです。※いずれも診断日より前には遡れません                                     |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 1か月以上遡る日付を記入した場合は、やむを得ない理由を以下に必ず記入してください。                                                                                                                                                   |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 意見書の申請から受領まで病院の都合により日数を要したため（病院への作成依頼日 月 日頃）<br><input type="checkbox"/> 申請者が傷病等（委任できる者がおらず、入院や外出ができない状況）により申請書類の準備や提出に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 自己負担限度額に関する特例（申請する場合、当該項目に☑をつけてください）                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 重症申請                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 重症認定基準を満たしている ※重症患者認定申告書、障害者手帳の写しなどが必要です。                                              |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 高額かつ長期                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある ※自己負担上限額管理票（写し）が必要です。                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 人工呼吸器等装着                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 要件に該当している ※人工呼吸器等装着者証明書が必要です。                                                          |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 世帯按分                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 負担上限額の按分を希望する ※世帯調書に必要事項を記入のうえ、確認書類を添付してください。                                          |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 受<br>診<br>医<br>療<br>機<br>関<br>等                                                                                                                                                                                       | 名称                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  | 所在地                                                                                |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 登録者証                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 申請する<br><input type="checkbox"/> 申請しない                                                               | 災害時の避難行動要支援者名簿等の作成に関する事務において、区市町村がマイナンバー連<br>携により登録者情報を確認できる制度です。※無印の場合は「申請しない」とみなします。 |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| （宛先）板橋区長<br>私は、児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添え<br>て申請します。また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報及び記載内容、受診者及び受<br>診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受<br>給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む）を確認することに同意のうえ申請します。 |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          |                          |
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                           | 住所                                                                                                                                                                                          | 〒                                                                                                                             |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    | 申請日             | 年 月 日 |         |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | フリガナ                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    | 申請者連絡先（受診者との続柄） |       | ( )     |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 氏名                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    | 日中連絡先（受診者との続柄）  |       | ( )     |                                                         |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 同意欄                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                               | 下記の事項につき、同意いただける場合は右の同意する欄に☑をつけてください。                                                  |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         | 同意する                     |                          |
|                                                                                                                                                                                                                       | 保<br>険                                                                                                                                                                                      | （被用者保険加入で非課税の方及び国保組合の方は必須） 小児慢性特定疾病医療支援に係る<br>医療の給付を受けるにあ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<br>き、板橋区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。 |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                       | 研<br>究                                                                                                                                                                                      | 小児慢性特定疾病の医療費助成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<br>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<br>する創薬の研究開発等に利用されること に同意します。         |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         |                          | <input type="checkbox"/> |
| 転入                                                                                                                                                                                                                    | （転入前の自治体で認定された受給者証を引き継ぐ場合）本申請にあたり、板橋区が転出元の自治体から必要<br>な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                        |  |    |  |  |  |                                                                                    |                 |       |         |                                                         | <input type="checkbox"/> |                          |

身 元 確 認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 在留カード ☐ その他 \_\_\_\_\_

個人番号確認 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ その他 \_\_\_\_\_

## 申請書記入案内

- 手続き案内をお読みの上、記入してください。
- 必要書類が揃っていることを確認の上、申請してください。
- 同意欄は、申請者が記入してください。

別記第1号様式(第1条の3関係)

☐新規 ☐疾病追加 ☐更新

### 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 ☐転入 ( から

|                                                                      |                                                                                                                       |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 受診者                                                                  | フリガナ                                                                                                                  | 生年月日                                                |
|                                                                      | 氏名                                                                                                                    | 年 月 日                                               |
| 住所                                                                   | 板橋区                                                                                                                   | 申請日時点 歳                                             |
|                                                                      | 板橋区                                                                                                                   |                                                     |
| 保険者番号                                                                | 保険者名称                                                                                                                 |                                                     |
| 記号                                                                   | 番号                                                                                                                    | 枝番号                                                 |
| 本人家族の別                                                               | 18歳以上は受診者が申請者になります                                                                                                    |                                                     |
| 疾病名                                                                  |                                                                                                                       |                                                     |
| 認定開始日                                                                | 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                                                                                     |                                                     |
|                                                                      | ※記入が無い場合…申請日から開始します。                                                                                                  |                                                     |
|                                                                      | ※診断日欄に発症年月日等診断日ではないと思われる日付が記載されている場合…発行元に確認し、日付を修正します。                                                                |                                                     |
|                                                                      | 記入する日付は、添付の医師の診断書において、疾病の状態の程度を満たしていると診断した日まで遡ることが可能                                                                  |                                                     |
| 1か月以上遡                                                               | 認定日の遡り(申請日以前)を希望する場合                                                                                                  |                                                     |
|                                                                      | 例1) 診断日10/25、申請日12/14…遡れるのは1か月なので、11/14と記入します                                                                         |                                                     |
|                                                                      | 例2) 診断日11/25、申請日12/23…診断日を超えて遡れないので、11/25と記入します                                                                       |                                                     |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> 意見書の申請から受領まで病院の都合により日数を要したため(病院への作成依頼日 月 日頃)                                                 |                                                     |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> 申請者が傷病等(委任できる者がおらず、外出ができない状況)により申請書類の準備や提出に時間を要したため                                          |                                                     |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                      |                                                     |
| 自己負担額                                                                | 病院の都合とは、書類が作成済みにもかかわらず、申請者への連絡漏れ等により受取に時間がかかった場合等です。病院の標準作成期間(通常3~4週間としている等)が日数を要するものであっても、病院の都合にあたりません。              |                                                     |
| 重症申請                                                                 | <input type="checkbox"/> 重症                                                                                           |                                                     |
| 高額かつ長期                                                               | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期                                                                                       |                                                     |
| 人工呼吸器等装着                                                             | <input type="checkbox"/> 要件に該当している                                                                                    | ※人工呼吸器等装着者証明書が必要です。                                 |
| 世帯按分                                                                 | <input type="checkbox"/> 負担額の按分を希望する                                                                                  | ※世帯調書に必要事項を記入のうえ、確認書類を添付してください。                     |
| 受診医療機関等                                                              | 所在地                                                                                                                   |                                                     |
|                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> の他に、それぞれ必要書類を添付してください                                                             |                                                     |
|                                                                      | 名称は正確に、薬局等で店舗名がある場合は、もれなく記入してください                                                                                     |                                                     |
| 登録者証                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請する                                                                                         | 災害時の登録者証の活用により登録者情報を確認できる制度です。※無印の場合は「申請しない」とみなします。 |
|                                                                      | <input type="checkbox"/> 申請しない                                                                                        |                                                     |
| (宛先)板橋区長                                                             | 私は、児童( )いすれかに☑を記入してください。申請した場合、登録者証を支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。兼ねる旨が受給者証の備考欄に印字されます。                                   |                                                     |
| 受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、国民健康保険情報、国民年金等の収入額(世帯員分を含む)を確認することに同意します。 | 郵送の場合は、発送する日、窓口の場合は書類を提出する日を書いてください                                                                                   |                                                     |
| 成年患者自身、または被用者保険の被保険者、国民健康保険の世帯主等が申請者になります                            | 申請日                                                                                                                   | 年 月 日                                               |
|                                                                      | 申請者連絡先(受診者との続柄)                                                                                                       | ( )                                                 |
|                                                                      | 日中連絡先(受診者との続柄)                                                                                                        | ( )                                                 |
| 同意欄                                                                  | 下記の事項につき、同意いただける場合は右の同意する欄に☑をつけてください。                                                                                 |                                                     |
| 同意する                                                                 |                                                                                                                       |                                                     |
| 保険                                                                   | (被用者保険加入で非課税の方及び国保組合の方は必須) 小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあ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、板橋区が私の加入する医療保険者に報告を受けることと同意します。 | <input type="checkbox"/>                            |
| 研究                                                                   | 小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当り、労働省のデータベースに登録されること、②研究特定疾病に関する創業の研究開発等に利用されること                                                   | <input type="checkbox"/>                            |
| 転入                                                                   | (転入前の自治体で認定された受給者証を引き継ぐ場合) 本申請にあたり、板橋区が転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定することについて同意                                             | <input type="checkbox"/>                            |

身元確認 ☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐旅券 ☐在留カード ☐その他

個人番号確認 ☐個人番号カード ☐通知カード ☐住民票の写し ☐その他