第11号様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書兼同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | (　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 東京都 | | | | | | | | | | | | 区市町村 | | | | | 丁目　　　番　　　号 | | | | | | | | | | | | |
| 団地　荘　マンション　　　　号　　　　　　　様方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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○をつけてください。 | | | | | | 重症申請　　　人工呼吸器等装着　　　高額かつ長期　　　世帯内分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | 1　受診者の住所・電話番号と同じ場合は左の数字に○をつけ、異なる場合は下欄に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 |  |  |  | ― |  | |  | |  | |  | | 電話番号 | | | | | (　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 東京都 | | | | | | | | | | | | | | 区市町村 | | | | | 丁目　　　番　　　号 | | | | | | | | | | |
| 団地　荘　マンション　　　　号　　　　　　　様方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録者証申請（※３） | | 申請する　　・　　申請しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(※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られる年月日を記載する。支給開始日は、診断年月日又は申請日から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。

（※３）「申請する」を選択した場合、区市町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。

|  |
| --- |
| 別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証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から③までについて同意される方は、以下に署名をお願いいたします。  私は、本申請書の内容及び本申請書に添付した医療意見書が、厚生労働省において、①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、東京都及び区市町村において、③小児慢性特定疾病に係る政策立案及び患者支援の基礎資料として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。  代理人氏名 |

|  |
| --- |
| 私は、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  　また、この申請に必要な場合は、東京都において医療機関に直接、医療意見書に関する医療情報を確認することに同意します。  　　　　　年　　　　月　　　　日  東京都知事　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区市町村使用欄 | |  | 東京都使用欄 | | | | | |
| 受付年月日 | 本人確認 | 重症申請 | 所得階層 | 同一世帯内 | 高額長期 | 重症認定 | 人工呼吸器等 |
|  |  |
| 有 |  |  |  |  |  |

(日本産業規格A列4番)