

**新規**  
疾病切替

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名		男・女	平成 ・ 令和	年	月	日	年齢
	個人番号							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入してください)	フリガナ		続柄	生年月日				
	氏名			明・大 昭・平	年	月	日	
	個人番号							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
送付先 (患者(患者が18歳未満の場合は保護者)住所以外を希望の場合に記入)	フリガナ					続柄		
	氏名							
	フリガナ 住所	〒	電話番号	-	-			
患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号					
	被保険者氏名		記号・番号					
医療意見書について	名称		意見書作成年月日					
	医療意見書を作成した医療機関を記載		令和	年	月	日		

※軽減を受けるためには、申請が必要です。

該当する場合「○」を御記入ください

軽減申請について	重症患者認定基準に該当するため、自己負担上限月額の軽減を申請します。 (重症患者認定申請書及び医療意見書・身障手帳等が必要です)	
	人工呼吸器等装着者に該当するため、自己負担上限月額の軽減を申請します。 (医療意見書に必要事項が記載されていることが必要です)	
	同一世帯かつ同一医療保険に小児慢性・指定難病患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額の軽減を申請します。(対象患者の小児慢性又は指定難病の受給者証等の写しが必要です)	

裏面も御確認の上、御署名ください

私は裏面の説明事項を読んだ上で小児慢性特定医療費医療受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

保護者氏名

厚生労働大臣への同意欄

本申請書に添付された「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」を御確認いただき、同意をされる方は以下に署名をお願いいたします。

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。

令和 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 \_\_\_\_\_

※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。

宮城県知事への同意欄

病院への診断書内容の照会同意

私は、提出した医療意見書等の記載内容に疑義が生じた場合に、宮城県が医療機関に直接内容を照会することに同意します。

同意します  同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者（又は保護者）に対して照会しますので、患者（又は保護者）から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

講演会等の情報提供同意

私は、小児慢性特定疾病支給認定申請書に記載した情報（住所、氏名など）について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します  同意しません

【マイナンバーの記載について（お願い）】

平成29年11月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

以下記載不要です

保健所使用欄

意見書区分確認  成長ホルモン  血友病  (該当するものに○)

主疾病  副疾病1  副疾病2  副疾病3

該当時チェック

世帯按分

↓  
按分チェック

種類	受給者番号	氏名
難・小		
難・小		
難・小		
難・小		

添付書類チェック

- 意見書
- 世帯調書
- 保険証写し
- 住民票
- 税証明
- 年金手当
- D同意書
- 非課税収入申告書
- 無収入申立書
- マイナンバー本人確認
- 保険照会同意書
- 按分受給者証写し
- 生保証明

HCNo