

病状変更

副疾病追加
重症切替
人工呼吸器等切替

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。

		受給者番号					
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
	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)	フリガナ				続柄	生年月日	
	氏名					明・大 昭・平	年 月 日
	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	- -	

該当する場合
「○」を御記
入ください

申請の 内容 につ いて	新たな疾病を追加するための審査を申請します。 (医療意見書が必要です)	
	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)	

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。

宮城県知事

殿

令和 年 月 日

患者(又は保護者)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。

【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

意見書作成年月日 令和 年 月 日

意見書区分確認 成長ホルモン 血友病 ※副疾病に成長ホルモン、血友病を追加する場合は○を記入

主疾病 副疾病1 副疾病2 副疾病3

※疾患番号は今回追加する疾患分のみ記載で可（例：3疾病目の追加の場合、「副疾病2」欄に記入）

添付書類チェック

- 医療意見書
- 重症患者認定申請書
- 身体障害者手帳写し
- 人工呼吸器等装着者申請書
- 受給者証写し

HCNo