

児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給に関する規則をここに公布する。

平成二十六年十二月十二日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第四十三号

児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給に関する規則

(趣旨)

第一条 この規則は、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。）及び児童福祉法施行令（昭和二十三年政令第七十四号）及び児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、小児慢性特定疾病医療費の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請等)

第二条 法第十九条の三第一項又は第十九条の五第一項の申請は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・変更）（第一号様式）に次の表の上欄に掲げる区分に応じ、同表下欄に掲げる書類を添えて行うものとする。

法第十九条の三第一項の申請	一 指定医（法第十九条の三第一項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成した診断書 二 その他知事が必要と認める書類
法第十九条の五第一項の申請	一 変更の生じた理由を証する書類 二 医療受給者証（以下「受給者証」という。）

2 知事は、法第十九条の三第一項の申請があつた場合において、法第十九条の三第三項の規定により医療費支給認定を行ったときは、小児慢性特定疾病医療受給者証（第二号様式）を交付し、医療費支給認定を行わなかつたときは、小児慢性特定疾病医療不認定通知書（第三号様式）により通知するものとする。

(申請内容の変更の届出)

第三条 施行規則第七条の九第三項の規定による変更の届出は、小児慢性特定疾病医療

受給者証等記載事項変更届(第四号様式)に、受給者証を添えて行うものとする。

(指定医の指定申請)

第四条 施行規則第七条の十一第一項の申請は、小児慢性特定疾病指定医指定申請書(

第五号様式)により行うものとする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の指定申請)

第五条 法第十九条の九第一項の申請は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書(

第六号様式)により行うものとする。

(その他)

第六条 この規則に定めるもののほか、小児慢性特定疾病医療費の支給に関し必要な事

項は、知事が定める。

附 則

この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

受給者番号						疾患群

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・変更）

奈良県知事 殿

年 月 日

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データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾患にかかっている児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることに同意し、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。（詳細については、裏面を参照）

受診者	フリガナ							生年月日							
	氏名							性別	男・女	年齢	歳	平成	年	月	日
	住所	〒													
		フリガナ 奈良県													
	電話(自宅)														
加入医療保険	被保険者氏名							受診者との続柄		本人・家族					
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保						被保険者証の記号・番号							
	被保険者証発行機関名														
	所在地														

申請者(保護者)	申請者は、原則として医療費支給認定保護者（受診者が加入している医療保険の被保険者）になります。														
	フリガナ							受診者との関係	父・母 その他（ ）						
	氏名							印	電話(自宅)						
	住所	〒													

該当する階層区分 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得

疾病名 同一人物が他の疾患で小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合は、その受給者番号を記載してください。
()

特例 (該当の場合) 血友病 重症患者認定 高額かつ長期 人工呼吸器等装着者

受診者と同じ世帯内に、他に特定医療受給者はいますか いない・いる (氏名) 受給者番号 ()

受診者と同じ世帯内に、他に小児慢性特定医療受給者はいますか いない・いる (氏名) 受給者番号 ()

受診を希望する指定医療機関 (訪問看護事業所及び薬局を含む。)

①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。医療意見書を記載した指定医療機関を必ず記載してください。
②利用する調剤薬局を記載してください。
③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護用の申請書と指定医の指示書の写しの提出が必要です。

指定医療機関等 (医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地	保健所受付印

【裏面の世帯調書にもご記入ください。】

整理欄

(裏面)

<研究利用についてのご説明>

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、当該疾病の程度が一定以上である者の保護者に対し、申請に基づき、医療に要する費用（小児慢性特定疾病医療費）を支給しています。この制度の利用を申請する際に提出していただく「医療意見書」は、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、データベース化して本事業の利用者数の把握等を行い、研究を推進することとしています。

○個人情報保護について

患者さんの氏名や住所といった個人情報は、申請書を提出した都道府県等が管理し、研究には利用しません。研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

○受診を希望する医療機関等について、表面の枠が足りない場合は、下記にお書きください。

医療機関等 (医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名)	所在地

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

○生活保護受給者の方も記入してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
2	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
3	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
4	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
5	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
6	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者
7	M・T・S・H . .			[被保険者 ・ 被扶養者

第2号様式 (第2条関係)

① 小児慢性特定疾病医療受給者証

公費負担者番号		受給者番号		疾病群番号
氏名				
受給者	生年月日	性別		
	住所			
保護者	氏名	続柄		
	住所			
疾病名				
受診指定医療機関	名称			
	名称			
	名称			
	名称			
有効期間				
保険者			適用区分	
被保険者証の記号・番号				
自己負担上限額		月額	円	階層区分
食費		特例		
奈良県知事 印				
交付年月日				

第3号様式（第2条関係）

第 号
年 月 日

小児慢性特定疾病医療不認定通知書

申請者

殿

奈良県知事 印

児童福祉法第19条の3第1項の規定による小児慢性特定疾病医療費の申請は、
下記により認定されませんでしたので通知します。

理 由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、奈良県を被告として（訴訟において奈良県を代表する者は奈良県知事となります。）提起することができます。（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号

受診者名 _____

◎変更される事項に☑をし、新しい情報を記載してください。

受診者に関する事項

<input type="checkbox"/>	フリガナ											
	氏名											
<input type="checkbox"/>	住所	〒	<input type="text"/>									
		フリガナ	奈良県									
<input type="checkbox"/>	電話	自宅	<input type="text"/>					携帯	<input type="text"/>			

- ・氏名変更は、変更後の氏名が分かるものの写しを添付してください。
- ・住所変更は、変更後の住民票を添付してください。

被保険者証に関する事項

<input type="checkbox"/>	被保険者氏名					受診者との続柄	本人 ・ 家族
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保				被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名						
	所在地						

- ・被保険者証に関する事項の変更により医療保険上の世帯員が変わり、自己負担上限額（階層区分）を変更する場合は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更) に必要書類を添付して申請してください。
- ・自己負担上限額（階層区分）に変更のない場合は、新たな「保険証の写し」（裏面参照）を「保険証貼付用紙」に貼り、「同意書」と一緒に提出してください。 ※裏面の世帯調書を記載してください。

申請者（保護者）に関する事項 ※受診者が未成年の場合、保護者が申請者になります。

<input type="checkbox"/>	フリガナ					受診者との関係	父 ・ 母 ・ 本人
	氏名						その他（ <input type="text"/> ）
<input type="checkbox"/>	電話	<input type="text"/>					
	住所	〒	<input type="text"/>				
		フリガナ					

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

奈良県知事 殿

年 月 日

届出者氏名 _____ 印

(署名又は記名押印)

受診者との続柄 ()

保健所受付印

整理欄

※ 指定医療機関、自己負担上限額（階層区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症患者認定・世帯内按分）及び小児慢性特定疾病の名称変更については、支給認定の変更を行うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）に必要書類を添付して申請すること。

(裏面)

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別
1	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
2	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
3	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
4	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
5	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
6	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者
7	M・T・S・H . .			被保険者 ・ 被扶養者

○医療保険証の写し(コピー)を提出していただく方

保 険 種 別	医療保険証のコピーを提出していただく方	
国民健康保険(退職国保を含む。) 国民健康保険組合	同じ国保に加入している方全員分 ※同一市町村の国保と退職国保は同じ国保です。	
被用者保険 (協会健保・健保組 合・共済 等)	受診者が被保険者本人の場合	受診者本人の分のみ
	受診者以外が被保険者となっている場合 (受診者が被扶養者「家族」)	被保険者の分及び受診者の分

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

氏 名 印

住 所

電話番号

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の10の規定に基づき申請します。

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
医籍登録番号			医 籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日
①から③までのいずれかを記載（※）	①	専門医の 名 称	専門医の認定 機関（学会）	専門医の有効期間	年 月 日まで
	②	研 修 の 名 称		研 修 了 日	年 月 日
	③	小児慢性特定 疾病診断等の 経験	有 ・ 無	小児慢性特定 疾病名 (1 疾病)	
※ 上記の①から③までの欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載。②研修修了要件で申請を希望する場合に記載。③経過措置による申請を希望する場合に記載してください。					
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)	医 療 機 関 名				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
	担 当 す る 診 療 科				

※ 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関（奈良市を除く奈良県内にある勤務先）について記載してください。

添付書類

- 1 経歴書
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付すること。）
- 3 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

(その2)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（薬局）

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	電話： F A X：
	医療機関コード	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
役員の氏名及び職名		(別紙)
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関として指定されたく申請する。 また、児童福祉法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>奈良県知事 殿</p>		

(その3)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者）

訪問看護ステーション	名 称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		電話： FAX：
	医療機関コード		
指定訪問看護事業者	名 称		
	主たる事務所の 所 在 地		〒
	電 話 番 号		電話： FAX：
	代 表 者	住 所	
氏 名			
役員の氏名及び職名	(別紙)		
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関として指定されたく申請する。 また、児童福祉法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 名代 表 者 印</p> <p>奈良県知事 殿</p>			

