

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の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十八日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第五十一号

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の一部を改正する規則

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（平成二十六年十二月奈良県規則第四十三号）の一部を次のように改正する。

第一号様式を次のように改める。

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、慢性疾病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											性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	氏名															年 月 日		
	個人番号																	
	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												電話(自宅)				
	個人番号												携帯電話				
住所	〒											フリガナ					

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 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox>)</td> <td><input type="/> 血友病	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 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 ()	※受給者証の写しの提出が必要です。
-------------------------------	------------------------	-------------------

小慢手帳の交付希望	小児慢性特定疾病児手帳の交付を		
	1. 希望する	2. 希望しない	3. 交付済み

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

整理欄

(裏面)

○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 . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
2		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
3		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
4		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
5		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
6		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者
7		M・T・S・H . .			[]
	個人番号				被保険者 ・ 被扶養者

<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。

第四号様式を次のように改める。

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 _____	年齢 歳	生年月日 ____年 ____月 ____日
<input type="checkbox"/>	氏名 _____		____年 ____月 ____日
<input type="checkbox"/>	個人番号 _____		
<input type="checkbox"/>	住所 〒 _____ フリガナ _____ 奈良県 _____		
<input type="checkbox"/>	電話 自宅 _____ 携帯 _____		

- ・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）に必要な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 その他 (_____)
<input type="checkbox"/>	氏名 _____		
	個人番号 _____		
	住所 〒 _____ フリガナ _____		
	電話 _____		

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）に必要な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
	個人番号				
2		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				
3		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				
4		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				
5		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				
6		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				
7		M・T・S・H - -			[] 被保険者 ・ 被扶養者
	個人番号				

○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」)	被保険者の分および受診者の分

附 則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。