

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。

令和六年三月二十九日

奈良県知事 山下 真

奈良県規則第五十三号

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。

題名を次のように改める。

児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給等に関する規則

第一条中「支給」を「支給等」に改める。

第二条の見出し中「小児慢性特定疾病医療費支給認定」の下に「及び小児慢性特定疾病登録者証」を加え、同条第一項中「又は」を「若しくは法」に改め、「の申請」の下に「又は法第十九条の二十二第四項の小児慢性特定疾病要支援者証明事業に係る小児慢性特定疾病登録者証の申請」を加え、「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・変更）」を「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書（新規・変更）」に改め、同条第二項中「法第十九条の三第三項」を「同条第三項」に、「小児慢性特定疾病医療受給者証」を「小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）」に改め、同条に次の一項を加える。

3 小児慢性特定疾病要支援者証明事業に係る施行規則第七条の四十五ただし書の書面は、小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）（第二号様式）とする。

第六条中「支給」を「支給等」に改める。

第一号様式を次のように改める。

(表)

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兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・変更)

奈良県知事 殿

年 月 日

次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給(及び小児慢性特定疾病登録者証の交付)を申請します。

受診者	フリガナ							生 年 月 日	
	氏名							年 月 日	
	個人番号								
	住所	フリガナ 〒(-) 奈良県							
	加入医療保険	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						
		受診者との続柄	家族 ・ 本人 (保険種別が国保・国保組合の場合又は本人が被保険者の場合)						
被保険者証の記号・番号		記号					番号		
被保険者氏名									
	被保険者証発行機関名								

※受診者が18歳未満の場合の申請者は、原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者です。

申請者	フリガナ							受診者との関係 (該当するものに☑)	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()	
	氏名									
	個人番号									
	住所 (該当するものに☑)	☐受診者の住所と同じ ☐受診者の住所と異なる (右に住所をご記載ください)		フリガナ 〒(-) 奈良県						
電話番号	自 宅		— —							
	日中に連絡が取れる番号 (今回の申請に関する連絡先)	受診者との関係	父・母 その他()	電話番号	— —					
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									
受給者証の送付先 (希望するものに☑)	☐申請者あて ☐その他(宛名: 住所:〒(-))									
疾病名										
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	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る場合、該当する理由に☑】 ☐ 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により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他()						
特例 (該当の場合☑)	☐ 重症患者認定			☐ 人工呼吸器等装着者						
	☐ 高額かつ長期			☐ 血友病						
受診者以外で、同じ世帯内に小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方はいですか (該当するものに☑) (申請中のもも含む。)	☐ いない ☐ いる (以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。									
	氏名					受給者番号				
受診者を含め、同じ世帯内に特定医療費助成を受けている方はいですか (該当するものに☑) (申請中のもも含む。)	☐ いない ☐ いる (以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。									
	氏名					受給者番号				

小児慢性特定疾病登録者証	申請する ・ 申請しない
--------------	--------------

保 健 所 使 用 欄	
受付印	整理欄
	☐ 個人番号確認 階層区分
	☐ その他取入なし

【裏面もご記入ください】

(裏)

受診を希望する 医療機関	指定医療機関名	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、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の 場合に○	加入医療保険種別と 被保険者・被扶養者の別	受診者と同一 保険の加入 者に○
1 ※受診者氏名を記載してください。	/	受診者本人		〔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・被扶養者	○
2	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
3	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
4	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
5	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
6	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
7	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
8	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
9	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				
10	年 月 日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		〔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・被扶養者	
個人番号	-				

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の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の同意欄

厚生労働大臣 殿

年 月 日

私は、「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の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」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省の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に同意します。

住所: _____ 患者署名: _____

※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、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名: _____

第二号様式中「小児慢性特定疾病医療費給付証」を「小児慢性特定疾病医療費給付証
(兼障害申請)」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和六年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の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（以下「改正前の規則」という。）の規定により提出
されている申請書は、この規則による改正後の児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病
医療費の支給等に関する規則（以下「改正後の規則」という。）の相当規定により提
出されたものとみなす。

3 この規則の施行の際改正前の規則の規定による用紙で現に現存するものは、改正後
の規則の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をして使用することができる。