

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

受診者	フリガナ							性別	生年月日						
	氏名							男・女	年 月 日 (満 歳)						
	住所	〒						電話番号	( )						
保険	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (退職被保険者)						本人・家族							
	記号							番号							
病名	1		2				3								
自己負担限度額に関する特例(※)	該当する場合、当該項目に○をつけてください。		重症申請 ・ 人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 世帯内按分												
受診医療機関	名称						名称								
	所在地						所在地								
	名称						名称								
	所在地						所在地								
申請者	フリガナ							続柄							
	氏名							父・母・その他( )							
	住所	1 受診者の住所及び電話番号と同じ場合は左の数字に○をつけ、異なる場合は下欄に記入してください。													
		〒							電話番号	( )					
	東京都		区 郡 市町村				丁目 番 号								

(※) ○重症申請…重症認定基準を満たしている。○人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している。○高額かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある。○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。

本申請書の内容及び本申請書に添付された医療意見書の研究等への利用についての同意をされる方は、以下に署名をお願いします。

私は、本申請書の内容及び本申請書に添付した医療意見書が、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。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

※患者が未成年、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、以下に署名をしてください。

代理人氏名 \_\_\_\_\_

**【御確認ください】**  
 本申請書の内容及び本申請書に添付した医療意見書を利用する際は、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外の利用は一切しません。治療研究において更に御協力をお願いする場合は、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を確認します。同意については任意であり、同意されない場合で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。医療意見書の利用については、「医療意見書の研究利用に関する御説明」も併せて御確認ください。

私は、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

(宛先) 港区長

受付印	港区使用欄					
	重症申請	所得階層	同一世帯内	高額長期	重症認定	人工呼吸器等
	有					