

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定の新規申請について

(◎新規申請の対象者…18歳未満の児童で申請者(保護者)の住所が宇都宮市内にある方)

必要書類とご用意いただくもの(以下の①, ②, ④, ⑤, ⑥は次ページ以降有)

- ① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(申請者が記入)
- ② 世帯調書(申請者が記入)
- ③ 医療意見書(医師が記入 — 医師にご相談ください)
  - ◎ 医療意見書は、子ども家庭課窓口(市役所2F)にて、対象788疾病のうち該当する疾病名をお伝えのうえ取得していただくか、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページ(<https://www.shouman.jp/>)から直接ダウンロードして取得してください。
- ④ 医療意見書の研究等への利用についての同意書(申請者が記入)
- ⑤ 医療保険の所得区分についての同意書(申請者が記入)
- ⑥ 療養生活のおたずね(申請者が記入)
- ⑦ 受診者の保険証の写し(受診者(児童)の氏名が入っているもの)
- ⑧ 通知カードまたは個人番号カード(※)

(※個人番号(マイナンバー)を①の認定申請書及び②の世帯調書へ記入する場合に必要となります。)

◎ 申請受付後、審査会で認定となり受給者証等がお手元に届くまでに、約2ヶ月程度の期間を要します。認定を受けた方で、受給者証が届くまでの間に医療費を支払った場合、以下の手続きにて請求を行うことができます。

申請後、受給者証が届くまでの間に、医療費を支払った場合に必要な書類

- ① 小児慢性特定疾病医療費請求書(様式第10号)

- ・ 申請者の記入欄
  - ・ 医療機関の記入欄
- } がありますので、それぞれ記入が必要です。

- 上記書類を子ども家庭課にご提出ください。この手続きは、保健と福祉の総合相談、各地区市民センター、各出張所でも受付することができます。
- 認定疾病を追加する場合におきましても、新規申請によるお手続きが必要となります。
- 受給者証等がお手元に届くまでに「住所・氏名・保険証」を変更された場合、ご連絡ください。
- 認定後、継続対象となる方は、有効期限内に郵送による案内をいたします。



〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号  
宇都宮市 子ども部 子ども家庭課  
電話 028-632-2296



受付印

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規申請用）

受給者番号 (記入不要)												
(受診者 児童)	ふりがな											生年月日
	氏名											平成・令和 年 月 日
	個人番号											
	ふりがな											
	住所	〒 -										
加入医療保険 (保険証)	ふりがな					受診者との続柄	記号	番号				
	被保険者氏名						記号	番号				
	被保険者証発行機関名	<input type="checkbox"/> 宇都宮市（国民健康保険） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> (健保組合・共済組合)				保険者番号						
(保護者及び 未成年患者)	ふりがな											受診者との続柄
	氏名											
	個人番号											
	住所	〒 -										電話番号
疾病名 (医療意見書に記載の病名から転記)												
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護 事業者等を含む)	医療機関名					所在地						
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期					
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例				<input type="checkbox"/>	重症患者認定					
支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）										別紙「世帯調書」のとおり		
宇都宮市が、支給認定に必要な課税状況等を調査することに同意し、必要書類を添付のうえ、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。												
令和 年 月 日 (あて先) 宇都宮市長 申請者氏名 _____												

※事務処理欄

該当する所得区分	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
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日



【記載例】

受付印

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規申請用）

受給者番号  
(記入不要)

受診者 (児童)	ふりがな	うつのみや はなこ		生年月日		
	氏名	宇都宮 花子		平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	ふりがな	〇〇〇し〇〇まち1-1				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町1-1				
加入医療保険 (保険証)	氏名	太郎	受診者との続柄	父	記号 〇〇〇	
	被保険者証 発行機関名	<input type="checkbox"/> 宇都宮市(国民健康保険) <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 〇〇支部 <input type="checkbox"/> (健保組合・共済組合)		番号	〇〇〇	
	保険者 番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				

個人番号(マイナンバー)の通知カードなどから、転記してください。

保険証を確認のうえ、ご記入ください。

保護者申 及 び 請 成 年 患 者	ふりがな	うつのみや 太郎		受診者との続柄		
	氏名	宇都宮 太郎		父		
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町1-1		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

日中連絡のつく番号をご記入ください。(携帯可)

疾病名 (医療意見書に記載の病名から転記)	成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)	
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護 事業者等を含む)	医療機関名	疾病が2種類以上ある場合、
	△△病院	〇〇市〇〇町1-1
	〇〇クリニック	〇〇市〇〇町1-2
	□□薬局	〇〇市〇〇町1-3
	◇◇訪問看護ステーション	〇〇市〇〇町1-4
該当するか不明な場合は、記入不要です。		

自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input checked="" type="checkbox"/>	重症患者認定

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者) 別紙「世帯調書」のとおり

宇都宮市が、支給認定に必要な課税状況等を調査することに同意し、必要書類を添付のうえ、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

申請者氏名 宇都宮 太郎



# 世帯調書

「受診者（児童）の属する加入保険の世帯構成（下記「注意事項」参照）」について、  
太枠内をご記入ください。

受診者の属する加入保険の世帯構成	世帯員名 個人番号	続柄 (※1)	生年月日	受給者 (※2)	令和4年度 市町村民税所得割額	公的年金等 収入額
			受診者 (児童)	H.R	/	円
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
計					円	

※1 続柄は、受診者本人からみた続柄を記載してください。

※2 受診者以外で、指定難病、小児慢性特定疾病の受診者の場合には、○をつけてください。

## （同意事項）

「受診者（児童）の属する加入保険の世帯構成」とは、小児慢性特定疾病医療費における支給認定基準額（自己負担額）を算出するための世帯構成となります。支給認定基準額（自己負担額）は、住民票上の世帯ではなく、同一の加入保険の構成員の市町村民税所得割額等の課税状況によって決定されます。

宇都宮市においては、市が市町村民税所得割額等の課税状況を調査しますが、令和4年1月1日現在において、宇都宮市外にお住まいの世帯構成員がいる場合（単身赴任等）には、記載内容に基づき、支給認定に必要な市民税の課税内容に関する情報を調査させていただきます。





# 【記載例】

## 世帯調書

「受診者（児童）の属する加入保険の世帯構成（下記「注意事項」参照）」について、太枠内をご記入ください。

世帯員名 個人番号	続柄 (※1)	生年月日	受給者 (※2)	令和4年度	公的年金等
				市町村民税所得割額	収入額
<b>宇都宮 花子</b> ○○○○○○○○○○○○○○	受診者 (児童)	H.R ○○. ○. ○○	/	円	円
<b>宇都宮 太郎</b> ○○○○○○○○○○○○○○	父	T.◎.H.R ○○. ○. ○○		円	円
<b>宇都宮 一郎</b> ○○○○○○○○○○○○○○	弟	T.S.◎.R ○○. ○. ○○	○	円	円
		T.S.H.R		円	円
		T.S.H.R		円	円
		T.S.H.R		円	円
計				円	円

※1 続柄は、受診者本人からみた続柄を記載してください。

※2 受診者以外で、指定難病、小児慢性特定疾病の受診者の場合には、○をつけてください。

### （同意事項）

「受診者（児童）の属する加入保険の世帯構成」とは、小児慢性特定疾病医療費における支給認定基準額（自己負担額）を算出するための世帯構成となります。支給認定基準額（自己負担額）は、住民票上の世帯ではなく、同一の加入保険の構成員の市町村民税所得割額等の課税状況によって決定されます。

宇都宮市においては、市が市町村民税所得割額等の課税状況を調査しますが、令和4年1月1日現在において、宇都宮市外にお住まいの世帯構成員がいる場合（単身赴任等）には、記載内容に基づき、支給認定に必要な市民税の課税内容に関する情報を調査させていただきます。



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

厚生労働大臣 殿

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

住 所

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

-----  
<医療意見書の研究利用に関するご説明>

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等に対し、申請に基づき、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、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、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む）へ提出してください。

なお、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。

○個人情報保護について：

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることとしております。

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。

また、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。

(提供先について)

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市、中核市
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou\\_kenkyu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html)

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は医療意見書に記載された項目となります。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報は提供されません。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

(※) 同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いいたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

## 同 意 書

小児慢性特定疾病に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、宇都宮市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(あて先) 宇都宮市長

患者ご本人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者 (保護者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※ 患者ご本人及び申請者 (保護者) の住所、氏名の記載をお願いします。



## 療養生活のおたずね

(小児慢性特定疾病)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請をされるお子さんやご家族の状況をおたずねするものです。下記の事項(1.~6.)についてご記入ください。

(太枠内の該当事項の記入または該当の()に○印をつけてください。)

お子さんの 氏名	住所 電話	(TEL — )
<p>1. お子さんの就学、就労状況についてお聞かせください。</p> <p>( ) 未就学児(在宅, 保育園または幼稚園)</p> <p>( ) 小学校または特別支援学校小学部</p> <p>( ) 中学校または特別支援学校中学部</p> <p>( ) 高等学校, 大学, 専門学校等</p> <p>( ) 就労している(会社員など)</p> <p>( ) 疾病の治療中であるなど, 就学・就労が困難</p> <p>2. 家庭生活や学校生活などでお困りごとがある場合, 相談できる場所はありますか。(複数可)</p> <p>( ) ない</p> <p>( ) ある ⇒ ( ) 病院の医師やソーシャルワーカーなど</p> <p>( ) 保育園, 幼稚園または学校</p> <p>( ) 市の保健師</p> <p>( ) その他( )</p> <p>3. 身体障がい者手帳や療育手帳はお持ちですか。(複数可)</p> <p>( ) ない ( ) ある ⇒ 身体障がい者手帳 ( ) 級</p> <p>療育手帳 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ その他( ) )</p> <p>4. 障がい福祉サービス(介護給付, 訓練等給付, 日中一時支援など。)は受けていますか。</p> <p>( ) 受けていない(「受給資格がない」も含む)</p> <p>( ) 受給資格はあるが, 現在サービスを利用していない</p> <p>( ) 受けている</p> <p>5. 患者会(任意団体)などに入会されていますか。</p> <p>( ) 入会していない ・ ( ) 入会している ⇒ 差し支えなければ患者会名をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p>⇒⇒⇒裏面に続きます⇒⇒⇒</p>		

6. 本市の保健師に健康についてなど相談したいことはありますか。

( ) ない ( ) ある ⇒ 内容

[ ]

※ ご相談内容に応じ、後日ご連絡させていただきます。

相談日	年 月 日	申請 疾病名	年齢	歳
【相談事項】			【区分】	
			・今回のみ	
【相談事項】			電話	
			・要継続 訪問	
【相談事項】			来所	
			その他( )	
【相談事項】			・関係機関紹介 ( )	
			担当者名	