様式第１号

新規
疾病切替

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女	平成・令和	年　月　日	年齢	
	個人番号						
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－		
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入してください）	フリガナ		続柄	生年月日			
	氏名			明・大 昭・平	年　月　日		
	個人番号						
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－		
送付先（患者（患者が18歳未満の場合は保護者）住所以外を希望の場合に記入）	フリガナ					続柄	
	氏名						
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－		

患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号	
	被保険者氏名		記号・番号	

医療意見書について	名　称	診断年月日
	医療意見書を作成した医療機関を記載	令和　年　月　日
	※医療意見書の最後のページから記入してください。	

申請に時間を要した理由

「診断年月日」が申請日から１か月以上前の場合、当てはまる項目にチェックしてください。

□医療意見書の作成や受取に時間を要したため
□症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため
□その他やむを得ない事情（　　）
□やむを得ない事情はない

保健所使用欄（記載不要です）
支給認定開始日　　令和　年　月　日

※軽減を受けるためには、申請が必要です。

		該当する場合「○」を御記入ください
軽減申請について	重症患者認定基準に該当するため、自己負担上限月額の軽減を申請します。 (重症患者認定申請書及び医療意見書・身障手帳等が必要です)	
	人工呼吸器等装着者に該当するため、自己負担上限月額の軽減を申請します。 (医療意見書に必要事項が記載されていることが必要です)	
	同一世帯かつ同一医療保険に小児慢性・指定難病患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額の軽減を申請します。（対象患者の小児慢性又は指定難病の受給者証等の写しが必要です）	

裏面も御確認の上、御署名ください

私は裏面の説明事項を読んだ上で小児慢性特定医療費医療受給者証の交付を申請します。

令和　年　月　日

宮城県知事　　殿

保護者氏名

医療意見書の研究同意欄

本申請書に添付された「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書」を御確認いただき、同意をされる方は以下に署名をお願いいたします。

私は、別紙の説明を読み、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。

令和　　年　　月　　日

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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ございません。

宮城県知事への同意欄

病院への診断書内容の照会同意

私は、提出した医療意見書等の記載内容に疑義が生じた場合に、宮城県が医療機関に直接内容を照会することに同意します。

□　同意します　　□　同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者（又は保護者）に対して照会しますので、患者（又は保護者）から医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

講演会等の情報提供同意

私は、小児慢性特定疾病支給認定申請書に記載した情報（住所、氏名など）について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

□　同意します　　□　同意しません

⑥小児慢性特定疾病登録者証の申請　※

（１）市町村の障害福祉サービスの利用申請において、小児慢性特定疾病患者であることを証明する書類として利用可能な「小児慢性特定疾病登録者証」の交付を希望しますか？	－　はい　・　いいえ
※「はい」を選択した場合、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。	
（２）【（１）で交付を希望する場合】交付の方法は、原則マイナンバーを用いた情報提供ネットワークシステムへの登録となりますが、紙の「登録者証」の交付を希望しますか？	→　はい　・　いいえ

【マイナンバーの記載について（お願い）】
平成２９年１１月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

以下記載不要です

保健所使用欄

意見書区分確認 ［　］　血友病 ［　］　（該当するものに○保険情報目視確認 ［　］

主疾病 ［　］　副疾病１ ［　］　副疾病２ ［　］　副疾病３ ［　］

該当時チェック
□　世帯按分

按分チェック		
種類	受給者番号	氏名
難・小		
難・小		
難・小		
難・小		

添付書類チェック
□意見書 □世帯調書 □保険証写し(□マイナ省略の場合※要様式第30) □住民票 □税証明(□マイナ省略の場合※要様式第30) □年金・手当等証明書類 □D同意書(様式第22) □非課税収入申告書(様式第21) □マイナンバー本人確認 □マイナ省略確認書(様式第30) □按分受給者証写し □自己負担上限月額管理表の写し等 □生保証明

HCNo ［　］