様式第４－２号

病状変更
重症切替
人工呼吸器等切替

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。

受給者番号							

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
	フリガナ	〒	電話番号	－	－	
	住所					
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			明・大 昭・平	年　月　日	
	フリガナ	〒	電話番号	－	－	
	住所					
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	〒	電話番号	－	－	
	住所					

		該当する場合「○」を御記入ください
申請の内容について	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）	

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

患者（又は保護者）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。

【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

医療意見書作成年月日　令和　　年　　月　　日

重症意見書の該当基準に「○」がされている　□

HCNo　□

【参考】人工呼吸器認定基準

①使用の有無　：「１.あり」
②種　　類　：人工呼吸器の場合
「１.気管チューブを介した人工呼吸器使用」または
「２.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用」
体外式補助人工心臓等の場合、
「１．体外式補助人工心臓」または「２．埋込式補助人工心臓」
③施行状況　：「１.継続的に施行」
④離脱の見込み：「２.なし」
⑤生活状況　：全ての項目において「部分介助」又は「全介助」

添付書類チェック

□医療意見書
□重症患者認定申請書
□身体障害者手帳写し
□人工呼吸器等装着者申請書
□受給者証写し