



市章

大津市公報

平成26年12月26日
号外(第79号)

発行所 大津市役所
発行人 大津市
毎月1日、15日(休日の場合は翌日)発行

目 次

○ 規 則

149 大津市児童福祉法に基づく療育及び医療の給付等に関する規則の一部を改正する規則…………… 1

規 則

大津市児童福祉法に基づく療育及び医療の給付等に関する規則の一部を改正する規則を公布する。

平成26年12月26日

大津市長 越 直 美

大津市規則第149号

大津市児童福祉法に基づく療育及び医療の給付等に関する規則の一部を改正する規則

大津市児童福祉法に基づく療育及び医療の給付等に関する規則(平成21年規則第77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。

大津市児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の支給及び療育の給付に関する規則

第1条を次のように改める。

(趣旨)

第1条 この規則は、児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)第19条の2第1項の規定による小児慢性特定疾病医療費の支給及び法第20条の規定による療育の給付(以下「医療費の支給等」という。)について、法令に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

第8条中「療育の給付等」を「医療費の支給等」に改め、同条を第20条とする。

第6条及び第7条を削る。

第5条第1項中「別表第1」を「別表」に改め、同条を第19条とする。

第4条第2項中「様式第5号」を「様式第22号」に改め、同条を第18条とする。

第3条第2項中「様式第4号」を「様式第21号」に改め、同条を第17条とする。

第2条第1項中「児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号。以下「省令」という。)」を「省令」に、「様式第1号」を「様式第18号」に改め、同条第2項中「様式第2号」を「様式第19号」に、「様式第3号」を「様式第20号」に改め、同条を第16条とし、第1条の次に次の14条を加える。

(小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書等)

第2条 児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号。以下「省令」という。)第7条の9第1項の申請書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新)(様式第1号)とする。

2 省令第7条第3項の規定による小児慢性特定疾病医療費の支払を受けようとする医療費支給認定保護者は、小児慢性特定疾病医療費請求書(様式第2号)に小児慢性特定疾病医療費証明書(様式第3号)を添付して、市長に提出しなければならない。

3 児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第22条第1項第2号ロに規定する療養負担過重患者の認定を受けようとする者は、小児慢性特定疾病重症患者認定申請書(様式第4号)に医師の診断書を添付して、市長に提出しなければならない。

(医療受給者証)

第3条 法第19条の3第7項の医療受給者証は、様式第5号のとおりとする。

(変更の届出)

第4条 省令第7条の9第3項の届出書は、小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届出書(様式第6号)とする。

(小児慢性特定疾病指定医指定申請書)

第5条 省令第7条の11第1項の申請書は、小児慢性特定疾病指定医指定申請書(様式第7号)とする。

(指定医の指定の更新)

第6条 省令第7条の12の規定による指定医の更新の申請は、小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書(様式第8号)を市長に提出してしなければならない。

(指定医の変更の届出)

第 7 条 省令第 7 条の 14 の規定による届出は、小児慢性特定疾病指定医変更届出書 (様式第 9 号) を市長に提出してしなければならない。

(指定医の指定の辞退)

第 8 条 省令第 7 条の 15 の規定による指定医の指定の辞退は、小児慢性特定疾病指定医指定辞退届出書 (様式第 10 号) を市長に提出してしなければならない。

(小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書)

第 9 条 省令第 7 条の 23 第 2 項の申請書は、小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書 (様式第 11 号) とする。

(小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書)

第 10 条 省令第 7 条の 27 第 1 項の申請書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書 (様式第 12 号) とする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書)

第 11 条 省令第 7 条の 29 各項の申請書は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書 (様式第 13 号) とする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新)

第 12 条 法第 19 条の 10 第 1 項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の更新の申請は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定更新申請書 (様式第 14 号) を市長に提出してしなければならない。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の変更の届出等)

第 13 条 法第 19 条の 14 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の変更の届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (様式第 15 号) を市長に提出してしなければならない。

2 省令第 7 条の 36 の規定による届出 (同条第 1 号に係るものに限る。) は、指定小児慢性特定疾病医療機関休廃止等届出書 (様式第 16 号) を市長に提出してしなければならない。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退)

第 14 条 法第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届出書 (様式第 17 号) を市長に提出してしなければならない。

(公示)

第 15 条 法第 19 条の 17 第 4 項の規定による公示は、次に掲げる事項を告示することにより行うものとする。

- (1) 法第 19 条の 17 第 3 項の規定による命令をした旨
- (2) 当該命令に係る指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地並びに開設者の氏名
- (3) 当該命令に係る期限
- (4) 法第 19 条の 17 第 1 項の規定による勧告に係る執るべき措置の内容

2 法第 19 条の 19 の規定による公示は、同条各号に規定する指定、届出又は指定の辞退若しくは取消し (以下この項において「指定等」という。) に係る指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地並びに当該指定等の年月日を告示することにより行うものとする。

別表第 1 中「第 5 条関係」を「第 19 条関係」に改める。

別表第 2 を削り、別表第 1 を別表とする。

様式第 5 号中「第 4 条関係」を「第 18 条関係」に、「あて先」を「宛先」に改め、同様式を様式第 22 号とする。

様式第 4 号中「第 3 条関係」を「第 17 条関係」に、「あて先」を「宛先」に改め、同様式を様式第 21 号とする。

様式第 3 号中「第 2 条関係」を「第 16 条関係」に改め、同様式を様式第 20 号とする。

様式第 2 号中「第 2 条関係」を「第 16 条関係」に改め、同様式を様式第 19 号とする。

様式第 1 号中「第 2 条関係」を「第 16 条関係」に、「あて先」を「宛先」に改め、同様式を様式第 18 号とし、同様式の前に次の 17 様式を加える。

様式第1号 (第2条関係)

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新)											
受診者	受給者番号									
	ふりがな氏名					性別	生 年 月 日				
						年 月 日 (歳)					
	住 所 (居住地)	〒				連絡先 (電話)					
	加 入 医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄				
		保 険 種 別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他 ()								
保 険 者 名 称						被保険者証記号・番号					
病 名 (主疾病)				病 名 (副疾病1)				病 名 (副疾病2)			
申請者 (保護者)	ふりがな氏名					受診者との関係					
	住 所	〒				連絡先 (電話)					
受診を希望する指定医療機関等	医 療 機 関 等 名				所 在 地						
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	重症患者認定					
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期									
他の小児慢性特定疾病での受給者証の支給の有無					有 (受給者番号) ・ 無						
申請する受診者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無					有 (氏名・受給者番号) ・ 無						
私は、裏面記載のとおり医療意見書の研究利用について同意します。 年 月 日 申請者氏名 (印)											
申請受付年 月 日											
私は、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。 年 月 日											
申請者 住所 氏名 (宛先) 大津市長 (印) 受給者との続柄 ()											

保健所記入欄	世帯の市町村民税課税状況等	課 税	円 (市町村民税課税額(所得割))			自己負担上限額の特例に関する書類確認	有 ・ 無
		非課税	保護者(本人)収入額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担上限階層区分	
	加入医療保険変更の有無	有・無	送付先の有無	有・無	特記事項		

- 注1 標題の申請のうち、新規・更新のいずれか該当する事項に○をしてください。
 2 受給者番号は、更新の場合のみ記入してください。
 3 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。
 4 受診を希望する指定医療機関等欄 (薬局又は訪問看護事業所を含む。) に不足があるときは、裏面に記載してください。
 5 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。
 6 保健所記入欄には、記入しないでください。

(裏)

○医療意見書の研究利用の同意について

小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した診断書（医療意見書）を厚生労働科学研究において、個人情報保護の下で疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。

厚生労働省では、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（医療意見書）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、医療意見書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

○注意事項

(1) 人工呼吸器等装着

継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。

生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。

(2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」）

高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が 5 万円を超える月が年間 6 回以上ある者であること。

(3) 重症患者認定

平成 26 年厚生労働省告示第 462 号に定める小児慢性特定疾病による身体の状態又は当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。

上記の特例については、医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

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）

世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	

○支給認定基準額に関する事項

※該当する場合のみ、こちらへ署名をお願いします。

市町村民税非課税世帯で 年収 80 万円以下の場合	（提出書類以外に）児童福祉法施行規則第 7 条の 5 各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名（申請者自署） ㊞
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第 22 条第 1 項第 1 号（児童福祉法施行令の一部を改正する政令（平成 26 年政令第 357 号）附則第 3 条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名（申請者自署） ㊞

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

受診を希望する 指定医療機関等	医 療 機 関 等 名	所 在 地

【申請者（保護者）の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏 名	本人との関係（ ） 電話（ ）

様式第2号 (第2条関係)

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

小児慢性特定疾病に係る 年 月から 年 月までの療養について、下記のとおり請求します。




受給者	受給者番号	有効期間	自 年 月 日	至 年 月 日
	ふりがな氏名				
	自己負担上限額	円			

請求者	住所 (居住地)	〒 (電話) - -			
	ふりがな氏名	Ⓜ		本人との続柄	
	振替口座	銀行	支店出張所	*請求者名義の口座に振替します(請求者名と口座名義は同一としてください。)	
		普通・当座	口座番号		

- 注 1 小児慢性特定疾病医療費証明書及び領収書の写しを添付してください。
- 2 医療機関及び診療月が複数ある場合、それぞれの証明書を添付して、一括して請求してください。
- 3 該当する医療費を対象として高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- 4 振込口座確認のため、銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる書類を添付してください。

交付決定金額 (請求金額) 円	(内訳)
--------------------	------

様式第 3 号 (第 2 条関係)

小児慢性特定疾病医療費証明書					
受 給 者	受給者番号	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	保険の種類 :		自己負担割合 :		割
※ 1 医療機関分 (明細) (年 月分)					
区 分	診療実日数	保険診療総点数	公費対象点数	患者負担相当額	備考欄
入院医療費	日	点	点	円 高額療養費現物給付 制度適用(有・無)	
食事療養費	日	(基準額) 円	(基準額) 円	円	
通院医療費	日	点	点	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 代表者名 					
※ 2 薬局分 (明細) (年 月分)					
区 分	実調剤日数	保険診療総点数	公費対象点数	患者負担相当額	備考欄
院外処方による薬局分	日	点	点	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 薬局 名称 代表者名 					
※ 3 訪問看護ステーション分 (明細) (年 月分)					
区 分	実訪問日数	訪 問 日	基 準 額	患者負担相当額	備考欄
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円	
小児慢性特定疾病に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 訪問看護ステーション 名称 代表者名 					

注 1 1 か月ごとに作成してください。

2 ※ 1 欄～※ 3 欄は、それぞれの医療機関等において記載してください。

3 医療機関分の患者負担相当額欄は、高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は、自己負担限度額を記載してください。

様式第4号(第2条関係)

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

疾 病 名				
障害等の状態	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態			
	小児慢性特定疾病による身体の状態		小児慢性特定疾病に係る治療の内容	
	眼		悪性新生物	
	聴器		慢性腎疾患	
	上肢		慢性呼吸器疾患	
	下肢		慢性心疾患	
	体幹・脊柱		先天性代謝異常	
	肢体の機能		神経・筋疾患	
	/		慢性消化器疾患	
			染色体及び遺伝子に変化を伴う症候群	
皮膚疾患群				
添付する証明書類	1 小児慢性特定疾病医療意見書		2 障害年金証明書の写し	
	3 身体障害者手帳の写し		4 その他	
受 給 者 番 号				
<p>以上のとおり、重症患者の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 大津市長</p>				

- 注1 障害等の状態欄は、小児慢性特定疾病による身体の状態又は治療の内容に関し、該当欄に現在の状態を記入してください。
- 2 小児慢性特定疾病による身体の状態又は小児慢性特定疾病に係る治療の内容とは、平成26年厚生労働省告示第462号第2号イ又はロに掲げるものです。
- 3 受給者番号の欄は、新規の申請の場合は、記入する必要はありません。

様式第 5 号 (第 3 条関係)

(表)

小児慢性特定疾病医療受給者証					指定 医 療 機 関 等
公費負担者番号					
受給者番号					
受 診 者	氏 名				
	生年月日	性 別			
	住 所				
保 険 者					
被保険者証 記号・番号		適用区分			
保 護 者	氏 名				
	住 所	続 柄			
病 名					
自己負担 上 限 額		階層区分			
有効期間					
交付年月日		年 月 日			
上記のとおり認定する。 大津市長 印					
附記事項					

(裏)

<p style="text-align:center">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この受給者証は、標記の疾病について小児慢性特定疾病医療費を受けるとき、医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業者）に毎回提示してください。1か月の間に複数の医療機関を利用された場合にも、この証に記載された金額を限度とする負担額で保険診療が受けられます。 この証とともに自己負担上限額管理票を併せて医療機関に提示してください。 2 対象となる医療は、この受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この受給者証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、15日以内に、大津市長にその旨を届け出てください。 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに大津市長に返還してください。 6 この受給者証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、大津市長にその旨を届け出てください。 7 この受給者証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。 8 緊急その他やむを得ない場合には、この受給者証に記載のない指定医療機関でもこの証を利用することができます。 9 その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関してのお問合せは、下記に連絡してください。 連絡先 大津市保健所健康推進課（明日都浜大津内） 電話 077 - 528 - 2748 	<p>小児慢性特定疾病 医療受給者証</p>
<p style="text-align:center">指定小児慢性特定疾病医療機関に対するお願い</p> <p>小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定小児慢性特定疾病医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。</p>	<p>大 津 市</p>

様式第6号 (第4条関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届								
受診者	受 給 者 番 号							
	ふ り が な 氏 名			性 別	生 年 月 日			
	住 所	〒			年 月 日			
保護者	ふ り が な 氏 名			連 絡 先 (電話)				
	住 所	〒			受診者との続柄			
変更事項	変 更 す る 内 容	変更前		変更後				
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒	〒				
			TEL	-	-	TEL	-	-
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒	〒				
			TEL	-	-	TEL	-	-
	<input type="checkbox"/>	保 険 者 名						
		保 険 種 別	健保協会・健保組合・国保・共済 ・国保組合・その他 ()		健保協会・健保組合・国保・共済 ・国保組合・その他 ()			
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号							
	被 保 険 者 氏 名 (受診者との続柄)	()		()				
変 更 年 月 日		年 月 日						
資 格 の 喪 失 (受 給 者 証 の 返 還)		返還理由		発生日				
<p>私は、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者 氏名 (印)</p> <p>(宛先) 大津市長</p>								
保 健 所 記 入 欄								

- 注1 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記載してください。
- 2 自己負担上限額(所得区分及び自己負担上限額の特例)及び指定医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書を提出してください。
- 3 保健所記入欄には、記入しないでください。

様式第 7 号 (第 5 条関係)

(表)

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

(宛先)

大津市長

年 月 日

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項の規定による指定医の指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請する指定医の種類		小児慢性特定疾病指定医		
ふりがな氏名		⑩	性別	
居住地	〒			
連絡先(電話番号)				
生年月日	年 月 日			
医籍の登録番号		医籍登録年月日	年 月 日	
専門医の資格の有無	有	認定機関(学会)名称		有効期間
				年 月 日まで
	無	都道府県が行う指定医研修		年 月 日まで
		修了日	年 月 日	
経歴 診断又は治療に従事した履歴	従事期間		従事した診療科	従事した医療機関名
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	合計期間		計	年 月 日
主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	担当する診療科			

注 1 経歴欄に不足があるときは、別紙(様式任意)に記載してください。

2 児童福祉法施行規則第 7 条の 11 第 2 項の規定に基づき、必要な書類を添付してください。

3 医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載してください。

4 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

(裏)

1	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
2	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
3	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
4	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
5	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	

様式第 8 号 (第 6 条関係)

小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

指定医番号

氏 名



指定医の指定更新を受けたいので、児童福祉法施行規則第 7 条の 12 の規定により申請します。

変更事項	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担当する診療科			
1		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担当する診療科		
2		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担当する診療科		
3		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担当する診療科		
4		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担当する診療科		
5		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担当する診療科		

注 1 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を付けるとともに、変更後の内容を記載すること。
 2 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付すること。

様式第9号(第7条関係)

(表)

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

(宛先)

大津市長

指定医氏名

印

児童福祉法第19条の3第1項の規定による指定医の指定に係る申請事項に変更があったので、児童福祉法施行規則第7条の14の規定により届け出ます。

	変更前	変更後
ふりがな 氏名		
居住地	〒	〒
連絡先(電話番号)		
主として小児慢性特定疾病の 診断を行う医療機関名		
主として小児慢性特定疾病の 診断を行う医療機関の所在地	〒 TEL — —	〒 TEL — —
診療科名		
変更理由		
変更年月日	年 月 日	

注1 医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載してください。

2 変更があった項目について、その内容、理由及び変更年月日を記入してください。

3 変更内容が分かる書類を添付してください。

4 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

(裏)

1	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
2	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
3	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
4	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
5	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	

様式第10号 (第8条関係)

小児慢性特定疾病指定医指定辞退届出書

年 月 日

(宛先)
大津市長

指定医氏名 ㊟

次のとおり小児慢性特定疾病指定医の指定を辞退したいので、届け出ます。

指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由	
現に診察をしている患者に対する措置	

注 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

様式第12号 (第10条関係)

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書										
受診者	受給者番号								
	ふりがな 氏 名				性別	生 年 月 日				
					年 月 日 (歳)					
	住 所 (居住地)	〒			連絡先 (電話)					
	加 入 医療保険	被保険者氏名				受診者 との続柄				
		保 険 種 別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他 ()							
保険者名称					被保険者証 記号・番号					
病 名 (主疾病)			病 名 (副疾病1)			病 名 (副疾病2)				
(申請者 保護者)	ふりがな 氏 名				受診者との 関 係					
	住 所	〒			連絡先 (電話)					
変更事項	事 項	変更前			変更後					
	<input type="checkbox"/> 病 名									
	<input type="checkbox"/> 受診を希望 する指定医 療機関等	医療機関等の名称及び所在地			医療機関等の名称及び所在地					
	<input type="checkbox"/> 自己負担上 限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			
		<input type="checkbox"/>	重症患者認定			<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
<input type="checkbox"/>		高額かつ長期			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期				
他の小児慢性特定疾病での受給者証の支給の有無				有 (受給者番号) ・ 無						
申請する受診者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性 特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療 保険に加入する者の有無				有 (氏名・受給者番号) ・ 無						
私は、裏面記載のとおり医療意見書の研究利用について同意します。 年 月 日 申請者氏名 (印)								申請受付 年 月 日		
私は、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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (宛先) (印) 受給者との続柄 () 大津市長										

保 健 所 記 入 欄	世帯の市町 村民税課税 状況等	課 税	円 (市町村民税課税額(所得割))			自己負担上限額の特 例に関する書類確認	有 ・ 無
		非課税	保護者(本人) 収入額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担 上限階層区分	
	加入医療保険 変更の有無	有・無	送付先の有無	有・無	特記事項		

- 注1 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。
- 2 受診を希望する指定医療機関等欄 (薬局又は訪問看護事業所を含む。)に不足があるときは、裏面に記載してください。
- 3 変更事項欄の該当するものの口にレ印を記入してください。
- 4 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの口にレ印を記入してください。
- 5 保健所記入欄には、記入しないでください。

(裏)

○医療意見書の研究利用の同意について

小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した診断書（医療意見書）を厚生労働科学研究において、個人情報保護の下で疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。

厚生労働省では、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（医療意見書）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。

また、医療意見書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

○注意事項

(1) 人工呼吸器等装着

継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。

生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。

(2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」）

高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が 5 万円を超える月が年間 6 回以上ある者であること。

(3) 重症患者認定

平成 26 年厚生労働省告示第 462 号に定める小児慢性特定疾病による身体の状態又は当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。

上記の特例については、医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

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）

世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	
世帯員氏名		受診者との続柄	

○支給認定基準額に関する事項

※該当する場合のみ、こちらへ署名をお願いします。

市町村民税非課税世帯で 年収 80 万円以下の場合	（提出書類以外に）児童福祉法施行規則第 7 条の 5 各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名（申請者自署） ㊟
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第 22 条第 1 項第 1 号（児童福祉法施行令の一部を改正する政令（平成 26 年政令第 357 号）附則第 3 条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名（申請者自署） ㊟

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

受診を希望する 指定医療機関等	変更前	変更後
	医療機関等の名称及び所在地	医療機関等の名称及び所在地

【申請者（保護者）の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏 名	本人との関係（ ） 電話（ ）

様式第13号 (第11条関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

申請の種別	1 病院又は診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業所		
医療機関等	名称		
	所在地	〒	
	電話番号		
	医療機関等コード		
開設者 (法人名)	住所又は所在地	〒	
	氏名又は名称		
標ぼうしている診療科名			
指定訪問看護事業者 指定年月日	健康保険	年 月 日	
役員の職名及び氏名	職名	氏名	
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請をします。なお、同条第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所(法人にあっては所在地)</p> <p>氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名) 印</p> <p>(宛先)</p> <p>大津市長</p>			

- 注1 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、訪問看護事業所の場合にあっては訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 標ぼうしている診療科名欄は病院又は診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を、指定訪問看護事業者指定年月日欄は訪問看護事業者のみ記入してください。
- 3 役員の職名及び氏名欄は、開設者が法人の場合のみ記入し、欄が不足するときは、「別添のとおり」と記入し、役員名簿(様式任意)を添付してください。

様式第14号 (第12条関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定更新申請書

医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関等コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (法人名)	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の役職及び氏名		<input type="checkbox"/>	(別添のとおり)
<p>上記のとおり、指定医療機関の指定の更新を受けたいので、児童福祉法第19条の10第1項の規定により申請します。なお、同法第19条の9第2項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所 (法人にあっては所在地)</p> <p>氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) ㊟</p> <p>(宛先)</p> <p>大津市長</p>			

注1 直近の指定の申請(変更の届出を含む。)から変更がある事項に該当するものの□にレ印を記入してください。

- 2 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、訪問看護事業所の場合にあっては訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 3 標ぼうしている診療科名欄は、病院又は診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を記入してください。
- 4 役員の職名及び氏名については、役員名簿(様式任意)を添付してください。

様式第15号 (第13条関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書

申請の種別	1 病院又は診療所		2 薬局	3 指定訪問看護事業所
医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>		
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関等コード	<input type="checkbox"/>		
開設者 (法人名)	住 所 又 は 所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒	
	氏 名 又 は 名 称	<input type="checkbox"/>		
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>		
指定訪問看護事業者 指定年月日	健康保険	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
役員の職名及び氏名	<input type="checkbox"/>	職 名	氏 名	
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定に係る申請事項に変更があったので、同法第19条の14の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所(法人にあつては所在地)</p> <p>氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名) (印)</p> <p>(宛先)</p> <p>大津市長</p>				

- 注1 変更がある事項に該当するものの□にレ印を記入してください。
- 2 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあつては医療機関コード、薬局の場合にあつては薬局コード、訪問看護事業所の場合にあつては訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 3 標ぼうしている診療科名欄は病院又は診療所のみが小児慢性特定疾病医療に主に関係する診療科名を、指定訪問看護事業者指定年月日欄は訪問看護事業者のみ記入してください。
- 4 役員の職名及び氏名欄は、開設者が法人の場合のみ記入し、欄が不足するときは、「別添のとおり」と記入し、役員名簿(様式任意)を添付してください。

様式第16号 (第13条関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関休廃止等届出書

年 月 日

(宛先)

大津市長

開設者

住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

印

第 1 号

児童福祉法施行規則第 7 条の 36 の規定により、次のとおり届け出ます。

第 2 号

医 療 機 関 等	名 称	
	所 在 地	
	担 当 す べ き 医 療 の 種 類	
	主 たる 担 当 医 師 等 の 氏 名	
届 出 の 内 容	休 止 廃 止 再 開 処 分	
休 止 、 廃 止 、 再 開 、 処 分 の 年 月 日	年 月 日	
理 由		
休 止 の 予 定 期 間		

注 1 「処分」とは、医療法第24条、第28条若しくは第29条、健康保険法第95条、介護保険法第77条第1項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分をいいます。

2 不要の文字は、抹消してください。

様式第17号 (第14条関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届出書

年 月 日

(宛先)

大津市長

開設者

住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

㊞

児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、次のとおり届け出ます。

医 療 機 関 等 の 名 称	
所 在 地	
担 当 す べ き 医 療 の 種 類	
主 たる 担 当 医 師 等 の 氏 名	
辞 退 の 理 由	

附 則

この規則は、平成 27 年 1 月 1 日から施行する。