

小児慢性特定疾患受診券交付申請書

受給者番号 (継続の場合のみ記入)								
受給者	住所	〒						
	フリガナ						性別	男・女
	氏名						別	
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳) 平成						
加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄			
	被保険者証 発行機関名				被保険者証の 記号・番号			
	保険種別	政・組・船・共・国						
生計中心者	氏名				受診者との続柄			
	住所	〒						
	今回申請する受診者以外に既に同一生計内で受診券の交付を受けている者				有 (氏名) 無			
医療機関	所在地	〒						
	名称							
	所在地	〒						
	名称							
病名 (記入しない)						疾患群番号		
<p>上記のとおり、小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。</p> <p>年 月 日 (申請者)住所</p> <p>氏名 (自署もしくは記名押印)</p> <p>TEL (受診者との続柄)</p> <p>茨城県 保健所長 殿</p>								
保健所 記入欄	区分	自己負担 限度額	入院	円	備考			
			通院	円				

- (注) 1 印欄は記入しないでください。(保健所で記入します。)
- 2 意見書(様式第3号)意見書についての同意書(様式第6号)住民票謄本及び保険証写しを添付して下さい。
- 3 (新規・継続)のいずれかを でかこんでください。
- 4 加入保険が国民健康保険の場合、受給者の記号・番号を記入して下さい。

様式第2号の2（第10条1項関係）

世 帯 調 書

（小児慢性特定疾患受診券交付申請用）

申請者氏名				本人氏名			
児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職 業	生計中心者	

世帯外扶養義務者	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

- （注）
- 1 「世帯構成員」とは、児童本人と生計を一にしている者をいいます。申請者や本人を含めて世帯構成員全員を記載して下さい。
 - 2 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記載して下さい。「扶養義務者」とは、父母、祖父母、その他の親族等で民法の規定（第877条以下）により扶養の義務を負っている方です。
 - 3 「生計中心者」とは、患児の生計を主として維持している方をいいます。該当する方に を記入して下さい。
 - 4 生計中心者の所得に関する状況を確認することができる書類の写しを添付して下さい。
 - 5 世帯全員の住民票謄本又は世帯構成が確認できる健康保険証写しを提出される場合、この調書の提出は不要です。
 - 6 本人が血友病患者の場合又は重症認定申請書を同時に提出される場合、この調書又は世帯全員の住民票謄本若しくは世帯構成が確認できる健康保険証写しの提出は省略できます。ただし、重症認定されなかった場合は、いずれかの提出が必要となりますのでご留意下さい。

様式第 6 号（第10条第 2 項関係）

意見書についての同意書

平成 年 月 日

茨城県 保健所長 殿

住 所

患者氏名
申請者氏名

印

私は、小児慢性特定疾患治療研究事業申請に当たり、提出した（今後提出する）意見書が小児慢性疾患研究の基礎資料として使用されることに同意します。

《同意のお願い》

小児慢性特定疾患治療研究事業は、特定の小児の慢性疾患の治療研究を推進するため、患者さんの治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された（今後添付する）意見書は、この事業の対象となるかどうかの判定に用いられると同時に、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、小児慢性特定疾患治療研究事業の申請を行って下さい。

また、意見書の使用に当たっては、プライバシー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。

小児慢性特定疾患（神経・筋疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入 ^注 ）、継続、再開					
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日 昭・平 年 月 日			
疾患 群	10 神経・筋疾患	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載して下さい</p> <p>「神経疾患」 小頭症：無、有（頭囲 cm） けいれん発作：無、有（ ） 自閉傾向：無、有（ ） 意識障害：無、有（ ） 異常行動：無、有（自傷行為、多動 ） 精神遅滞：無、有（軽、中、重）、運動障害：無、有（歩行可、座位可、寝たきり ） 皮膚所見：無、有（白斑、発汗欠如 ） 呼吸異常：無、有（ ） 体温調節異常：無、有（ ） 温痛覚の低下：無、有（ ） 骨折・脱臼：無、有（ ）</p> <hr/> <p>「筋疾患」 筋緊張低下：無、有（程度 ）</p>							
<p>診断の根拠となつた主な検査等の結果（継続の場合は現在の状況）について 数値等を用いて具体的に記載、該当欄に○をつけ、必要な場合（ ）に記載</p> <p>「神経疾患」 発達・知能指数：未実施、実施（ 歳時、数値 ） 脳波（ 歳時、所見 ） CTまたはMRI：未実施、実施（所見 ） 血清麻疹抗体価上昇：無、有、未実施 髄液麻疹抗体検出：無、有、未実施 発汗テスト：未実施、実施（方法： 、所見 ）</p> <hr/> <p>「筋疾患」 発達・知能指数：未実施、実施（数値 ） 筋生検：未実施、実施（所見 ） 筋電図：未実施、実施（所見 ） 血清CK：未実施、実施（ IU/l）、血清乳酸：未実施、実施（ mg/dl） CTまたはMRI：未実施、実施（所見 ）</p>							
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有 ）							
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）							
（1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
該当する治療法に 印：強心薬、利尿薬、経管栄養、中心静脈栄養、人工呼吸管理、酸素療法、気管切開管理							
治療見込 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）					
上記の通り診断する		医療機関所在地 名称			科		
平成 年 月 日		医師氏名			印		

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入して下さい。