

鳥取市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 3 月 2 5 日

鳥取市長 深 澤 義 彦

鳥取市規則第 2 0 号

鳥取市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

鳥取市児童福祉法施行細則（平成 3 0 年鳥取市規則第 1 3 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・更新・変更)

受診者	フリガナ			受給者番号 (新規申請の場合は記入不要)								
	氏名											
	個人番号			生年 月 日	年 月 日	年齢	歳					
	住所	(〒 )					電話					
	加入医療 保険	被保険者氏名			受診者の続柄							
保険種別		協会・組合・国保・共済・生保・その他		医療保険各法の 記号・番号								
保険者名												
疾病名												
申請者	氏名			個人 番号			受診者との 関係(続柄)					
	住所					電話番号						
受診者と同じ医療保険に加入している指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成対象者の有無(該当の場合は■)		<input type="checkbox"/>		「■」の場合、該当者の氏名・受給者番号	氏名		受給者番号					
受診者が指定難病医療費助成対象の場合		<input type="checkbox"/>										
登録者証申請				<input type="checkbox"/> 申請する		<input type="checkbox"/> 申請しない						
住民票・所得課税証明省略		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成の申請にあたり、必要があるときは、私の支給認定世帯員に係る住民情報、収入、課税状況など必要事項について、鳥取市が照会確認することに同意します。(同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) ※ 本同意書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る目的以外に使用することはありません。										
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )								

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

申請者氏名

鳥取市長 様

注1 (新規・更新・変更)の欄は、該当するものに○を付してください。

- 申請者は、受診者が未成年の場合は原則として受診者と同じ医療保険に加入している保護者とし、受診者が成年の場合は受診者本人としてください。
- 登録者証を「申請する」とした場合、市がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

行政記入欄 (以下の欄は記入しないでください。)				
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			
自己負担上限月額の特例(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

(裏面)

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)

フリガナ 世帯員氏名		個人番号		受診者の続柄	
フリガナ 世帯員氏名		個人番号		受診者の続柄	
フリガナ 世帯員氏名		個人番号		受診者の続柄	
フリガナ 世帯員氏名		個人番号		受診者の続柄	

収入に関する申立て (市町村民税が非課税の世帯の方のみ、次のいずれかに☑してください。)

- 申請者(受診者が18歳以上の場合は本人)の年間収入額は、80.9万円を超えるため、低所得Ⅱ(自己負担上限額2,500円)に該当します。(下欄は記入不要)
- 申請者(受診者が18歳以上の場合は本人)の年間収入額は、80.9万円以下のため、低所得Ⅰ(自己負担上限額1,250円)に該当します。年間収入額は、下欄①～③合計額のとおりです。(下欄に記入及び関係書類を添付)

収入の種類	年間収入額
①市町村民税非課税証明書の合計所得金額 ※給与所得を有する者は合計所得金額から10万円を控除する。 ※公的年金等収入金額が80万9千円以下の場合は、合計所得金額から公的年金等収入金額に係る雑所得を控除する。	円
②公的年金等の収入金額	円
③その他収入(該当収入に○を付け、年金証書や給付通知書など、受領額の分かる書類のコピーを添付) <input type="checkbox"/> 受給なし 特別障害者手当 特別児童扶養手当 障害基礎年金 障害共済年金 遺族厚生年金 経過的福祉手当 特別障害給付金 障害児福祉手当 障害厚生年金 遺族基礎年金 遺族共済年金 障害補償給付	円
①～③の合計額	円

※ 年間収入額は、「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他収入」を合計した額です。

医療意見書情報の研究等への利用について

厚生労働大臣 殿 提出した医療意見書の情報が、「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関する説明」とおり、①厚生労働省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ついては、下記のとおりです。 <b>医療意見書情報の研究等への利用に</b> <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません ※チェックがない場合は同意したものとみなします。
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

注 意 事 項

- 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)まで遡って申請することが可能です。
- 更新申請を行う場合は、別途お知らせする期限までに提出してください。
- 都道府県、指定都市及び中核市(以下「都道府県等」という。)が指定した指定医療機関以外の医療機関で受療した場合、当該医療費助成が受けられません。
- 連絡先  
鳥取市役所 (住所) 電話番号

様式第2号中

医療保険各法の 記号及び番号		適用 区分	
-------------------	--	----------	--

を

医療保険各法の 記号及び番号	
-------------------	--

に、「世帯内に」を

「医療保険に加入して」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の鳥取市児童福祉法施行細則の規定により作成され、又は使用されている用紙については、所要の修正を加え、当分の間使用することができる。