

■世帯調書

- ・患者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください
- ・住民票が別でも同じ医療保険に加入している方がいる場合は

氏名	患者との続柄	特定医療費・小児特定疾病受給の受給者番号	健康所記入欄	市町村民税(所得割)課税年額
マイナンバー				
岩手 太郎	本人	小児		円
岩手 花子	妻	難病・小児	○ ○	円
岩手 次郎	長男	難病・小児		円
		難病・		円
		難		円
		難		円
所得割合計額				円

患者本人が小児慢性特定疾病医療費の受給者証を持っている場合は受給者番号を記入してください。

「〇」には何も記入しないでください

世帯内に同じ医療保険の加入者がいない場合は記入不要です。

同じ医療保険の中に、他の特定医療費(指定難病)や小児慢性特定疾病医療費の受給者がいる場合は、○囲みと受給者番号を記入してください。

患者本人が被用者保険に加入している場合は、患者本人と被保険者本人のみマイナンバーを記入してください。

自己負担上限額に関する事項(所得を確認する書類を提出しない方のみ記入)
自己負担上限額の階層区分が上位所得となることについて了承し、所得を確認する書類を提出しません。

患者又は保護者 氏名 _____

※ 国保組合の方は、医療保険の所得区分の確認のため、所得を確認する書類を省略できないことから、こちらの自署はできません。

■臨床調査個人票の研究利用について

別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、臨床調査個人票の同意いただける場合は次の欄に署名をお願いします。

国の指定難病の治療研究等に「臨床調査個人票」を利用することに対する同意の署名欄です。御協力をお願いいたします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料」の作成に活用されることについて、同意いたします。

〇〇年 〇 月 〇〇日

厚生労働大臣 殿 患者又は保護者 氏名 岩手 太郎

■現在の療養状況等について

県の難病対策に活用するための調査です。

療養場所 ① 在宅(検査・レスパイト) (病院名/施設名) _____

生活状況 ① 就労・就学をしている 2. 家事や家の仕事をしている 3. 療養(病気のため就労・家事等が困難)

身体状況 ① 自力で歩行可能 2. 杖などが必要 3. 手を引くなどの介助により移動 4. 車いすによる移動 5. ベッドなどでなければ移動できない

介護保険 ① 未申請 2. 申請中 3. 認定済み (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

障害福祉サービス ① 未申請 2. 申請中 3. 認定済み (障害区分 1・2・3・4・5・6)

身体障害者手帳 ① 未申請 2. 申請中 3. 有り (障害区分名 _____ / 種 級 _____)

医療処置等の状況 1. 経管栄養 2. 人工呼吸器(気管切開・鼻マスク又は顔マスク) 3. 人工透析 4. 在宅酸素 5. たん吸引(電気式) 6. その他(_____)

医療機器の使用者 非常用電源装置 1. あり (□自己所有 □借用 借用先: _____) ② なし
外部バッテリー 1. あり (□自己所有 □借用 借用先: _____) ② なし

県における療養支援等難病対策に活用するため、調査の御協力をお願いいたします。

■災害時支援のための個人情報の提供について

市町村では、防災施策において特に配慮を要する方のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿(避難行動要支援者名簿)の作成等を行っていますが、特定医療費(指定難病)の支給認定等の事務を県が行っている関係上、難病患者の情報を市町村は把握することが出来ないため、県から市町村に対して情報提供する必要があります。

災害対策基本法(昭和36年法律第223号)の規定に基づき、市町村から求めがあった場合、ご本人の同意の有無に関わらず、県が保有している個人情報を提供できることとされていますので、あらかじめご了承ください。