

小児慢性特定疾患治療研究事業実施申請書

(宛先) 静岡市長

〒            ー

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電 話 (            )            ー

受診者との続柄 (            )

静岡市小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱第7条の規定により、医療受診券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請日	平成	年	月	日	区 分	新規・更新	受給者番号		
受診者	(ふりがな) 氏 名							性 別	男・女
	生年月日	平成	年	月	日	歳			
	住 所	〒            ー 静岡市            区						電 話	ー            ー
	加 入	(ふりがな) 被保険者氏名					受診者との 続柄		
医 療 保 険	保 険 種 別	協会けんぽ・組合・共済・ 国保・国保組合				被保険者証 の記号・番号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
	所 在 地								
生計 中心者	氏 名						受診者との 続柄		
	住 所	〒            ー						電 話	ー            ー
	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							
疾 患 名									
医 療 機 関	名 称								
	所 在 地								

[小児慢性特定疾患医療意見書の研究利用に関する同意について]

この申請に当たり、裏面記載の1及び2に同意をしますか。 (該当するものに○印を付けてください。)	は い ・ いいえ
-----------------------------------------------------	-----------

(注) 申請者の氏名欄には、申請者が署名し、又は記名押印してください。

## 小児慢性特定疾患医療意見書の研究利用に関する同意事項

- 1 小児慢性特定疾患治療研究事業実施申請に当たり、提出した医療意見書が国が行う小児慢性特定疾患治療研究の基礎資料として使用されることに同意します。
- 2 提出した医療意見書が、静岡市の実施する小児慢性特定疾患に関する事業に活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。

本申請に添付された医療意見書は、この事業の対象になるかどうかの判定に用いられると同時に、国が行う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いただくようお願いします。

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に配慮し、上記の目的以外の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。