

新旧対照表

○小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱（抜粋）

新	旧
<p data-bbox="602 226 1077 258">小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p data-bbox="151 268 329 300">第1～第16 略</p> <p data-bbox="201 415 261 447">附則</p> <p data-bbox="181 457 685 489">この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p data-bbox="201 499 261 531">略</p> <p data-bbox="201 541 261 573">附則</p> <p data-bbox="181 583 1412 636">1 この要綱は、令和8年3月2日から施行し、同月1日から適用するものとする。 2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</p> <p data-bbox="201 688 261 720">附則</p> <p data-bbox="181 730 1412 783">1 <u>この要綱は、令和8年4月13日から施行し、同月1日から適用するものとする。</u> 2 <u>従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</u></p> <p data-bbox="151 867 433 930">別表1・2 略 様式第1号～第8号 略</p>	<p data-bbox="1997 226 2472 258">小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱</p> <p data-bbox="1552 268 1730 300">第1～第16 略</p> <p data-bbox="1602 415 1662 447">附則</p> <p data-bbox="1581 457 2086 489">この要綱は、平成27年1月1日から施行する。</p> <p data-bbox="1602 499 1662 531">略</p> <p data-bbox="1602 541 1662 573">附則</p> <p data-bbox="1581 583 2813 636">1 この要綱は、令和8年3月2日から施行し、同月1日から適用するものとする。 2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</p> <p data-bbox="1552 867 1834 930">別表1・2 略 様式第1号～第8号 略</p>

様式第9号

小児慢性特定疾病の医療費助成・小児慢性特定疾病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ついての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は小児慢性特定疾病登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省の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同意します。

_____年 _____月 _____日

住 所： _____

患者署名： _____

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

◀ 本同意書に関する説明 ▶

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や小児慢性特定疾病登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・小児慢性特定疾病登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、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同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市(特別区を含む)へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や小児慢性特定疾病登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

様式第9号(裏面) 略
様式第10号～第13号 略

様式第9号

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ついての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省の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同意します。

_____年 _____月 _____日

住 所： _____

患者署名： _____

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名： _____

◀ 本同意書に関する説明 ▶

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、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同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市(特別区を含む)へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

様式第9号(裏面) 略
様式第10号～第13号 略

