

八王子市小児慢性特定疾病児童手帳交付事業実施要綱

(目的)

第1条 この制度は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「小慢児童等」という。）の症状が急変した場合に、その場にいる周囲の者による児童福祉法第6条の2第2項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関等への連絡等が速やかに行われ、また、学校生活等において関係者が小慢児童等の症状を正しく理解し適切な対応が図られるよう、本人の健康状態の記録やかかりつけ医療機関の連絡先等、並びに、一貫した治療経過を記録するなど、自らの疾病の状態を記載することができる手帳を交付することにより、自身の疾病の状態の理解及び自己肯定力の強化を図り、小慢児童等の福祉の増進及び自立の支援を図ることを目的とする。

(交付対象者)

第2条 手帳は、小慢児童等の保護者に対して交付する。

(手帳の名称及び記載事項)

第3条 手帳の名称は「小児慢性特定疾病児童手帳」とする。

2 手帳の主な記載事項は、次のとおりとする。

- (1) 手帳の目的及び使用方法
- (2) 小児慢性特定疾病対策の概要
- (3) 医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病の概要
- (4) 本人、保護者、学校及び関係医療機関の連絡先（名称、住所及び電話番号）
- (5) 特記すべき事項
- (6) 緊急時に対応すべき医療情報
- (7) 検査の結果
- (8) 成長の記録
- (9) 保護者からみた健康状態の記録
- (10) 治療・相談・指導内容の記録
- (11) 学校等との連絡事項
- (12) 備考欄
- (13) 緊急連絡先

(手帳の申請及び交付手続)

第4条 小慢児童等の保護者が、市長に対し小児慢性特定疾病医療費助成を新規申請した場合には、手帳交付の申請をしたものとみなす。

2 市長は、当該児童等が小児慢性特定疾病医療費助成の対象と認定された場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証と併せて手帳を交付するものとする。

3 手帳を紛失し、棄損し、又は記入欄に余白がなくなったとき等は、小児慢性特定疾病児童手帳再交付申請書（別紙1）により、市長に再交付を申請できるものとする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成27年5月28日から施行する。

なお、平成27年4月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和6年11月1日から施行する。

小児慢性特定疾病児童手帳再交付申請書

負担者番号								
受給者番号								
本人	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
	住 所	〒 ー 東京都八王子市 町 丁目 番 号 番地 団地・荘 号 様方 マンション・アパート						
申請者	氏 名							
	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他						
上記のとおり小児慢性特定疾病児童手帳の再交付を申請します。 年 月 日 八王子市長殿								

受付印	手帳送付確認印

【再交付申請書送付先】

郵便番号 192-0046 八王子市明神町三丁目19番2号
八王子市保健所 保健対策課 保健対策担当