

重症患者認定申請書

年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者 居住地 〒

氏名

Ⓜ

(自署又は記名押印)

電話番号

受診者との続柄

以下のとおり、重症患者の認定を申請します。

受診者							
受給者番号 (新規申請の場合は不要)							
生年月日	年	月	日 (歳)	性別	1 男	2 女	
疾病名							
障害等の状態	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態						
	基準①			基準②			
	眼			悪性新生物			
	聴器			慢性腎疾患			
	上肢			慢性呼吸器疾患			
	下肢			慢性心疾患			
	体幹・脊柱			先天性代謝異常			
	肢体の機能			神経・筋疾患			
				慢性消化器疾患			
	高額治療継続者			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群			
	人工呼吸器等装着者			皮膚疾患			
添付する証明書類	1 小児慢性特定疾病医療意見書 2 人工呼吸器等装着者申請時添付書類 3 障害年金証書の写し 4 身体障害者手帳の写し 5 療育手帳の写し 6 その他						

注1 障害等の状態について該当欄に具体的に記入し、添付する証明書類に○を付してください。
 注2 主治医と御相談の上、裏面の重症患者認定基準に該当する場合に申請してください。
 注3 重症患者認定基準に該当することが明確に記載された証明書類を添付してください。

小児慢性特定疾病重症患者等認定基準（平成30年3月現在）

1 療養負担過重患者（以下の基準①又は②に該当するもの）

基準① 次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る。）と認められるもの

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障がいをも有するもの（両眼の視力の和が0.04以下のもの）
聴器	聴覚機能に著しい障がいをも有するもの（両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの）
上肢	両上肢の機能に著しい障がいをも有するもの（両上肢の用を全く廃したもの）
	両上肢の全ての指の機能に著しい障がいをも有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの）
	一上肢の機能に著しい障がいをも有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの）
下肢	両下肢の機能に著しい障がいをも有するもの（両下肢の用を全く廃したもの）
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障がいをも有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障がいをも有するもの）
肢体の機能	身体の機能の障がい又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（目の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの）

基準② 各疾患群について以下の治療状況等の状態にあると認められるもの

疾患群	治療状況等の状態
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析（CAPD（持続携帯腹膜透析）を含む。）を行っているもの
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの
先天性代謝異常	知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
慢性消化器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの
皮膚疾患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの

2 人工呼吸器等装着者

認定された疾病により、長期にわたり継続して常時、人工呼吸器その他生命維持に欠くことができない装置を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されているもの。

3 高額治療継続者

小児慢性特定疾病医療費支給認定後において、小児慢性特定疾病医療費の総額が5万円を超えた月が年間6回以上あるもの。