

重症患者認定申請書

(あて先) 川口市長

申請者住所

申請者氏名

年 月 日

以下のとおり、重症患者の認定を申請します。

ふりがな		性別	1. 男 2. 女	生年月日	年 月 日 (歳)		
患者氏名							
受給者番号 (新規申請の場合は不要)							疾病名
<input type="checkbox"/> 医療費が高額となる場合							
添付資料	重症患者区分の認定申請を行う日が属する月以前の12ヵ月以内に、支給認定に係る小慢児童等が受けた小児慢性特定疾病医療支援 (支給認定を受けた月以降のものに限る。) につき医療費総額 (健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額) が5万円を超えた月数が6回以上あることを確認できる資料						
1 領収書及び医療費申告書				2 自己負担上限月額管理票			
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当している場合							
重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態 (該当欄に○を付してください)							
当該対象部位	症状の状態の基準						
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの (視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)						
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの (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害を有するもの (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害を有するもの (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)						
下肢	一上肢の機能に著しい障害を有するもの (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)						
	両下肢の機能に著しい障害を有するもの (両下肢の用を全く廃したもの)						
体幹・脊柱	両下肢を足関節以上で欠くもの						
肢体の機能	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害を有するもの (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害を有するもの)						
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						
慢性腎疾患群	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						
慢性呼吸器疾患群	気管切開管理又は挿管を行っているもの						
慢性心疾患群	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	発達指数若しくは知能指数が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	発達指数若しくは知能指数が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						
慢性消化器疾患群	気管切開管理又は挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの						
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あるもの						
皮膚疾患群	発達指数若しくは知能指数が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						
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの						
脈管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの						
添付資料	小児慢性特定疾病重症患者認定基準に適合していることを確認できる資料						
1 小児慢性特定疾病医療意見書	2 障害年金等の証書の写し			3 身体障害手帳の写し			