

重症患者認定申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者住所

氏名

小児慢性特定疾病医療費の支給に係る重症患者の認定について、下記のとおり申請します。

受給者番号		※新規の場合、受給者番号の記入は不要		
申請区分	1. 新規 (初回 ・ 転入)	添付書類	1. 小児慢性特定疾病医療意見書	
	2. 再申請 (中断後の申請)		2. 障害年金証書の写し	
	3. 継続 (更新 ・ 病名追加 病名変更 ・ 重症切替 高額かつ長期)		3. 身体障害者手帳の写し	
			4. 自己負担上限額管理票	
			5. その他 (_____)	
患者名	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	
	部 位	症状の状態 (裏面参照)	疾患群	治療状況等の状態 (裏面参照)
	目		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	
			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	
			皮膚疾患	
			骨系統疾患	
		脈管系疾患		

(注) 裏面を参照の上、障害等の状態の該当する項目に状況をご記入ください。

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

基準① すべての疾病に関して、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）と認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の目の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の目の視力が0.04かつ他方の目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）
	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）
下肢	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）
	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又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）
肢体の機能	身体の機能の障害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（眼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害を残すもの）

基準② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

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	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	気管切開管理若しく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該当するもの
皮膚疾患	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
骨系統疾患	気管切開管理も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	気管切開管理も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