小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

受診者氏名		受給者番号 （新規申請の場合は不要）	

1　高額治療継続者に該当　（該当する場合は☑）

☐ 高額治療継続者の申請を行う日が属する月以前の12月以内に医療費総額が５万円を超えた月が６回以上ある

2　重症患者認定基準に該当：小児慢性特定疾病に起因する症状の状態がおおむね６か月以上継続する（該当するものに☑）

障害等の状態	基準①	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
				☐ 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
				☐ 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	☐ 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
		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，上記(眼及び聴器を除く)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
				☐ 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの
	基準②	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	☐ 血液透析を行っている	☐ 腹膜透析(CAPD,持続形態腹膜透析を含む)を行っている
		慢性呼吸器疾患	☐ 気管切開管理を行っている	☐ 挿管を行っている
		慢性心疾患	☐ 人工呼吸管理を行っている	☐ 酸素療法を行っている
		先天性代謝異常	☐ 知能指数が２０以下	☐ １歳以上の児童であって，寝たきり
		神経・筋疾患	☐ 発達・知能指数が２０以下	☐ １歳以上の児童であって，寝たきり
		慢性消化器疾患	☐ 気管切開管理を行っている	☐ 挿管を行っている
		染色体及び遺伝子の変化に関する症候群	☐ 他の項目の状態に該当するもの	
		皮膚疾患群	☐ 発達・知能指数が２０以下	☐ １歳以上の児童であって，寝たきり
		骨系統疾患	☐ 気管切開管理を行っている ☐ １歳以上の児童であって，寝たきり	☐ 挿管を行っている
		脈管系疾患	☐ 気管切開管理を行っている ☐ １歳以上の児童であって，寝たきり	☐ 挿管を行っている

添付する証明書類	１　小児慢性特定疾病医療意見書　　２　身体障害者手帳の写し ３　その他（　　）

（宛先）旭川市長

年　　月　　日

上記のとおり，小児慢性特定疾病重症患者の認定を申請します。
また，市が審査のため関係機関等への照会を行い，書類の提供を受けることに同意します。

申請者住所

申請者氏名　　㊞