

小児慢性特定疾病重症患者認定申告書

受診者氏名		生年月日		(満 歳)	
<b>1 高額かつ長期</b>					
<input type="checkbox"/> 高額治療継続者の認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援（支給認定を受けた月以後のものに限る。）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					
<b>2 重症度</b>					
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つ以上が概ね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 基準② 基準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					
基準①	症 状 の 態	眼	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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
			<input type="checkbox"/>	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
			<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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
			<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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のもの ・ 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの		
基準②	治 療 状 況 等 の 状 態	悪性新生物	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	血液透析又は腹膜透析(CAPD(持続形態腹膜透析)を含む)を行っているもの	
		慢性呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	気管切開管理又は挿管を行っているもの	
		慢性心疾患	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、3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	<input type="checkbox"/>	この表の他の項目の治療状況等の状態に該当するもの	
		皮膚疾患群	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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			
添付書類	1 自己負担上限額管理票の写      2 小児慢性特定疾病医療意見書      3 障害年金証明書の写 4 身体障害者手帳の写              5 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、情報提供を受けることに同意します。

申請者住所  
申請者氏名