

## 小児慢性特定疾病 重症患者等認定申請書

受診者氏名		疾病名		受給者番号 (新規の場合は不要)	
-------	--	-----	--	---------------------	--

(1) 次の表に掲げる部位等のいずれかについて、同表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	状態	該当すれば○
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座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、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の又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）	

(2) 次の表に掲げる疾患群のいずれかについて、同表に掲げる治療状況等の状態にあると認められるもの

疾患群	基準	該当すれば○
悪性新生物	①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	②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	③気管切開管理又は挿管を行っているもの	
慢性心疾患	④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	⑤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	⑥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	⑦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	
皮膚疾患	⑧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	⑨気管切開管理又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	⑩気管切開管理又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	
染色体異常 に伴う症候群	上記①～⑩のいずれかに該当するもの ※該当する項目の番号もご記入ください	番号（ ）

(3) 下記基準に該当する場合

区分	基準	該当すれば○
高額かつ長期	小児慢性特定疾病の医療費助成の認定を受けた以降の医療費で、申請した日の属する月以前の12か月以内に、小児慢性特定疾病に関する医療費の総額（10割）が、1ヶ月5万円を超える月が6回以上ある場合	

以上のとおり、関係書類（※）を添えて重症患者等の認定を申請します。

（※）変更用申請書（様式第1号）・受給者証写し・医療意見書・障害者手帳写し・医療費申告書・自己負担上限額管理票・小児慢性特定疾病に関する領収書など

西宮市保健所長 様

年 月 日

申請者住所

申請者氏名