

重症患者認定申請書 別紙

受給者氏名		受給者番号			
疾病名					
重症認定区分	<input type="checkbox"/> 重症患者	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態		添付する証明書類例	
		<input type="checkbox"/> 基準①	眼(a)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級程度) (基準①(a)~(f))
			聴器(b)		
			上肢(c)		
			下肢(d)		
			体幹・脊柱(e)		
			肢体の機能(f)		
		<input type="checkbox"/> 基準②	悪性新生物		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 医療意見書 (基準②)
			慢性腎疾患		
			慢性呼吸器疾患		
慢性心疾患					
先天性代謝異常(g)					
神経・筋疾患(g)					
慢性消化器疾患					
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群(g)					
皮膚疾患(g)		<input type="checkbox"/> 療育手帳(A) (基準②(g))			
骨系統疾患					
脈管系疾患		<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 高額治療継続者	費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者 (医療費総額が5万円/月を超えた月が年間6回以上ある場合)		以下のいずれか1項目 <input type="checkbox"/> 上限額管理ノート(写し) <input type="checkbox"/> 医療費申告書(原本)と領収書(写し) <input type="checkbox"/> 医療費申告書(原本)と診療報酬明細書(写し)		
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	人工呼吸器その他の生命の維持を欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書		

- 注1) 重症認定区分の該当するもの全ての□内にレ点をつけてください。
- 注2) 重症認定区分が「重症患者」の場合は「重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態」について該当欄に○を記入してください。
- 注3) 添付する証明書類欄へ、添付した書類の□内にレ点をつけてください。
- 注4) 高額治療継続者の必要書類について、いずれもお持ちでない場合は、管轄の保健所に御相談ください。

○重症のみ申請の方はこちらも以下をご記入ください

小児慢性の新規・更新等の申請と同時に重症の申請を行う場合は、記載不要です。

申請者 住所 _____
氏名 _____

年 月 日

千葉県知事 様

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

1. 重症認定区分が「重症患者」に該当する場合

基準① すべての疾病に関して、次に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間（おおむね6か月以上）継続すると認められる場合

対象部位	症状の状態	判断基準
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）	身体障害者 手帳1級程度
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	両上肢の機能が著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの）	
	両上肢のすべての指の機能が著しい障害を有するもの （両上肢のすべての指を基部から欠いているもの又は両上肢のすべての指の機能を全く廃したもの）	
	一上肢の機能が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	両下肢の機能が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できないもの又は臥位若しくは座位から自立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又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）	

基準② 上記①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

疾患群	該当項目
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
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

2. 重症認定区分が「高額治療継続者」に該当する場合

医療費総額が5万円／月を超えた月が年間6回以上ある者

3. 重症認定区分が「人工呼吸器等装着者」に該当する場合

長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者であって、日常生活動作が著しく制限されている者

(様式2)

記入例

(表)

重症患者認定申請書 別紙

すでに認定を受けている場合は、記入してください。

受給者氏名	千葉 花子		受給者番号	
疾病名	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態			
認定を受ける区分の全てにレ点をつけてください。			添	裏面の基準をご確認いただき、該当する箇所に○をつけてください。
重症認定区分	<input type="checkbox"/> 重症患者 <input type="checkbox"/> 基準①	眼(a)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1級程度)(基準①(a)~(f)) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療意見書(基準②) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A)(基準②(g)) <input type="checkbox"/> その他()
		聴器(b)		
		上肢(c)		
		下肢(d)		
		体幹・脊柱(e)		
		肢体の機能(f)		
	<input type="checkbox"/> 高額治療継続者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	<input type="checkbox"/> 基準②	悪性新生物	
			慢性腎疾患	
			慢性呼吸器疾患	
			慢性心疾患	
			先天性代謝異常(g)	
			神経・筋疾患(g)	
			慢性消化器疾患	
			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群(g)	
			皮膚疾患(g)	
骨系統疾患				
脈管系疾患				
<input type="checkbox"/> 高額治療継続者	費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者 (医療費総額が5万円/月を超えた月が年間6回以上)	以下のいずれか1項目 <input type="checkbox"/> 上限管理ノート(写し) <input type="checkbox"/> 医療費申告書(原本)と領収書(写し) <input type="checkbox"/> 医療費申告書(原本)と診療報酬明細書(写し)		
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	人工呼吸器その他の生命の維持を欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書		

注1) 重症認定区分の該当するもの全ての□内にレ点をつけてください。

注2) 重症認定区分が「重症患者」の場合は「重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態」について該当欄に○を記入してください。

注3) 添付する証明書類欄へ、添付した書類の□内にレ点をつけてください。

注4) 高額治療継続者の必要書類について、いずれもお持ちでない場合は、管轄の保健所に

添付していただいた書類の番号にレ点をつけてください。

○重症のみ申請の方はこちらも以下を御記入ください

小児慢性の新規・更新等の申請と同時に重症の申請を行う場合は、記載不要です。

申請者 住所 _____
氏名 _____

年 月 日

千葉県知事 様