

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

対象児童	フリガナ		性別	生 年 月 日		
	氏 名			平成 年 月 日生(歳)		
	住 所	〒	-----	電 話 番 号	- -	
	公費負担者番号	-----	受給者番号	-----		
疾 病 名						
申請者	フリガナ		対象児童との続柄			
	氏 名					
	住 所	1 対象児童の住所電話番号と同じ場合には左の番号に○をつけ、異なる場合は下の欄に記入して下さい。				
〒		-----	電 話 番 号	- -		

◎対象児童の状態について該当する番号を○で囲んでください。1又は2に該当する場合はその対象部位も記入して下さい。

- 1 重症患者認定基準の対象である(部位:)に著しい障害を有し、身体障害1・2級、又は障害者年金1級の認定を受けている。(1に該当の場合は身体障害者手帳1・2級の写し、又は障害者年金証書1級の写しを添付してください。診断書欄に医師が記入する必要はありません。)
- 2 重症患者認定基準の対象である(部位:)に著しい障害を有し、身体障害1・2級、障害者年金1級と同程度状態である。(2に該当の場合は診断書欄の必要事項を医師が記入して下さい。)
- 3 上記疾病により、重症患者認定基準の項目に該当する場合。(3に該当の場合は、診断書欄の必要事項を医師が記入して下さい。ただし、新規又は更新申請と同時に本申請を行う場合で意見書に必要事項の記載がある場合は診断書欄に医師が記入する必要はありません。)

児童福祉法施行令第二十二條第一項第二号のロに規定する療養負担過重患者(重症患者)の認定を受けたいので、関係書類を添えて上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名 _____

収 受 印 欄	
------------------	--

診断書 ※医師がご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日
対象児童氏名			平成 年 月 日生 (歳)
疾病名			
障害の部位	眼	聴器	上肢 下肢 体幹・脊椎 肢体の機能

鑑別診断			
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの	(両眼の視力の和が0.04以下のもの) 視力 : 右 ()、左 ()	
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100dB以上のもの) 聴力レベル : 右 dB、左 dB	
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)	有・無
	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)	有・無
		(両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)	有・無
	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)	有・無 (右・左)
(一上肢の用を全く廃したもの)		有・無 (右・左)	
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)	有・無
	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)	有・無
体幹・脊椎	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、若しくは横すわ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)	有・無
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、この表の項(目及び聴器の項を除く)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、四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)	有・無

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	転移(有(部位:)・無)、再発(有・無)、治療内容()
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	血液・腹膜透析(未実施・実施)
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	気管切開(未実施・実施) 挿管(未実施・実施)
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	人工呼吸管理(未実施・実施) 酸素療法(未実施・実施)
先天代謝異常	知能指数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	知能指数() 1歳以上で寝たきり(有・無)
神経・筋疾患	発達・知能指数は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	発達・知能指数() 1歳以上で寝たきり(有・無)
慢性消化器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの	気管切開(未実施・実施) 挿管(未実施・実施)
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の項目の治療状況等の状態に該当するもの	()に該当
皮膚疾患	知能指数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	知能指数() 1歳以上で寝たきり(有・無)
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一歳以上の児童において寝たきりのもの	気管切開(未実施・実施) 挿管(未実施・実施) 1歳以上で寝たきり(有・無)
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一歳以上の児童において寝たきりのもの	気管切開(未実施・実施) 挿管(未実施・実施) 1歳以上で寝たきり(有・無)

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

指定医療機関所在地
(電 話 番 号)
指定医療機関名
指定医番号
()
指定医氏名