

(大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定用)

重症患者認定申請書

受 診 者	ふりがな		男 ・ 女	受給者番号 (既にお持ちの方のみ記入)			
	氏名			生年月日	年	月	日生(歳)
疾病名							
障 害 等 の 状 態	重症患者認定基準に該当する障がいの長期継続の状態(裏面を参考に該当欄に印をご記入下さい)						
	基 準			基 準			
	眼		悪性新生物				
	聴器		慢性腎疾患				
	上肢		慢性呼吸器疾患				
	下肢		慢性心疾患				
	体幹・脊柱		先天性代謝異常				
	肢体の機能		神経・筋疾患				
				慢性消化器疾患			
				染色体又は遺伝子に 変化を伴う症候群			
			皮膚疾患				
			骨系統疾患				
			脈管系疾患				
添付する書類	小児慢性特定疾病医療意見書別紙						
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。							
年 月 日							
申請者住所							
申請者氏名 (自署もしくは記名押印)							
受診者との続柄 印 ()							
(提出先) 大 阪 市 長							
【重症患者認定の申請について】							
1. 重症患者の申請の際には、この申請書のほか、小児慢性特定疾病医療意見書別紙を提出してください。							
2. 重症患者の認定には、裏面の認定基準を満たしていることが必要になりますので、重症申請を行う際には、裏面をご確認ください。							
3. 既に受給者証をお持ちの方が重症申請をされる場合は受給者証を提示してください。							

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

以下の基準に該当する場合は、医師とご相談のうえ小児慢性特定疾病医療意見書別紙に記入してもらって下さい。

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）と認められる場合

対象部位	症状の状態	
眼	眼の機能に著しい障がいをも有するもの	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がいをも有するもの	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がいをも有するもの	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がいをも有するもの	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がいをも有するもの	一上肢の上腕の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がいをも有するもの	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がいをも有するもの	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あく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がいをも有するもの
肢体の機能	身体の機能の障がい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
		四肢の機能に相当程度の障がいを残すもの

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

疾患群	治療状況等の状態
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
先天性代謝異常	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・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	気管切開管理又は挿管を行っているもの
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・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