

主治医(難病指定医・協力難病指定医) 様

別紙4

大阪市の重度障がい者医療費助成制度では、「特定医療費(指定難病)受給者証」又は「特定疾患医療受給者証」をお持ちで、障がい年金1級9号相当の方又は特別児童扶養手当1級9号相当の児童は助成の対象となります。

次の方について、国民年金法施行令第4条の6の別表1級の第9号又は特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第1条第3項の別表3の1級の第9号への該当の有無についてご意見を頂きますよう、御協力をお願いいたします。(裏面をご参照ください)

なお、場合によっては、担当からお問い合わせをさせていただくことがありますので、宜しく願いいたします。

担当:大阪市福祉局生活福祉部保険年金課 電話:06-6208-7971

重度障がい者医療費助成意見書(難病患者用)

本人記入欄				
氏名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日(歳)	男・女
住所	大阪市 区		電話	
特定医療費(指定難病)受給者証又は 特定疾患医療受給者証に記載の病名				
特定医療費(指定難病)受給者証の受給者番号 又は特定疾患医療受給者証の受給者番号				

主治医意見
国民年金法施行令第4条の6の別表1級の第9号又は特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第1条第3項の別表3の1級の第9号に ・該当する ・該当しない 上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 病院又は診療所の所在地 病院又は診療所の名称 医師氏名

※記載要領は裏面をご覧ください。

※医師本人による記載であることを確認する必要がありますため、医師氏名の欄は医師本人による自署をお願いします。

記載要領

患者様の状態が下記表の「9号」に該当する場合は、表面「主治医意見」欄の「該当する」に○を、該当しない場合は「該当しない」に○をしてください。

《国民年金法施行令第4条の6の別表 1級》

《特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第1条第3項の別表3 1級》

番号	障がいの状態
1号	両眼の視力の和が0.04以下のもの
2号	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
3号	両上肢の機能に著しい障がいをも有するもの
4号	両上肢のすべての指を欠くもの
5号	両上肢のすべての指の機能に著しい障がいをも有するもの
6号	両下肢の機能に著しい障がいをも有するもの
7号	両下肢を足関節以上で欠くもの
8号	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
9号	前各号に掲げるもののほか、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前各号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
10号	精神の障がいであって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
11号	身体の機能の障がい若しくは病状又は精神の障がい重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

※上記表のうち、第9号に該当するもの

参考

(※)日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは

他人の介助を受けなければほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

- 例えば、身のまわりのことはかろうじてできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね就床室内に限られるものである。

出典：国民年金・厚生年金保険 障害認定基準(日本年金機構)