

裏面の説明をよくお読みください。
裏面の3つの要件すべてに該当される場合に、医師が記載し、提出いただくものです。

(人工呼吸器等装着者申請時添付書類)

ふりがな		性別	1. 男 2. 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
氏名					
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器				
	体外式補助人工心臓等				
※人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。					
①人工呼吸器の使用について					
※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいう。					
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり (年 月から) 2. なし				
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器				
施行状況	1. 施行 2. 未施行				
離脱の見込み	1. あり 2. なし				
②体外式補助人工心臓等の使用について					
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり (年 月から) 2. なし				
体外式補助人工心臓等の装着の種類					
施行状況	1. 施行 2. 未施行				
離脱の見込み	1. あり 2. なし				
③生活状況等の評価について					
生活状況の評価	○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動				
	【評価基準】 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態				
医療機関名					
医療機関所在地					
	電話番号 ()				
医師の氏名	記載年月日： 年 月 日				

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、医療受給者証に記載されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。

人工呼吸器、体外式補助人工心臓を装着されている方へ

新しいこども難病医療費助成制度では、人工呼吸器等を装着されている方で本市の定めた要件を満たす方については、月額自己負担上限額が階層区分（税額区分）にかかわらず、月額500円となります。

次の3つの要件すべてに該当すると思われる方は、医師と相談の上、この様式を医師に記載いただき、申請時に提出してください。

「人工呼吸器等装着者」の対象要件について

次の3つの要件をすべて満たすことが必要です。

- 1 人工呼吸器、体外式補助人工心臓の使用の必要性が、現在お持ちの小児慢性特定疾患医療受診券に記載されている病名によって生じている方
- 2 継続して常時(※1)、生命維持管理装置(※2)を装着する必要がある方

※1 「継続して常時」人工呼吸器を装着する必要がある方とは
人工呼吸器を1日中装着している方で、離脱の可能性がない方を言います。

※2 「生命維持管理装置」とは
○気管切開下人工呼吸器、鼻マスク式又は顔マスク式の人工呼吸器
○体外式補助人工心臓

- 3 日常生活動作が著しく制限されている方
(日常生活動作:食事、更衣、移乗、屋内での移動、屋外での移動)

※ 審査の上、認定されない場合がありますので、ご注意ください。