

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、指定医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	1. 大正 3. 平成	2. 昭和 4. 令和	年	月	日生 (満 歳)
氏名									
人工呼吸器及び体外式補助人工心臓を装着するに至った病名 (医療受給者証に記載されている病名)									

① 人工呼吸器の使用について (医療受給者証に記載されている病名によって装着しているもの)

※ 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. 一日中施行 (※間欠的施行・夜間に継続的に施行ではない)
離脱の見込み	1. なし
生活状況	食事 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 椅子とベッド間の移動 1. 全介助 2. 部分介助 (※軽度の介助・自立ではない) ※部分介助：座ることは可能であるがほぼ全介助 軽度の介助：軽度の部分介助又は監視を要する 整容 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) トイレ動作 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 入浴 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 移動 1. 全介助 2. 部分介助 (※軽度の介助・自立ではない) ※部分介助：歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 軽度の介助：45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む 階段昇降 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 更衣 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 排便コントロール 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない) 排尿コントロール 1. 全介助 2. 部分介助 (※自立ではない)

※全項目が「全介助」または「部分介助」に該当する方以外は、対象となりません。

② 体外式補助人工心臓の使用について
(医療受給者証に記載されている病名によって装着しているもの)

体外式補助人工心臓の装着の有無	体外式補助人工心臓 1. あり (年 月から) 2. なし
-----------------	--------------------------------

症状等の記載欄 (人工呼吸器及び体外式補助人工心臓を装着するに至った経過を記載してください。)

--	--

医療機関名	指定医番号
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の使用の必要性が、医療受給者証に記載されている病名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。

※※次回の更新時以降は、臨床調査個人票で証明されるため、当該書類の提出は必要ありません。

人工呼吸器、体外式補助人工心臓を装着されている方へ

新しい難病の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国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1,000円となります。

下記の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、現在お持ちの特定医療費（指定難病）受給者証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、椅子とベッド間の移動、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロール)

※ 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。