

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書 （熊本市）

受給者番号（新規の場合は不要）	
受給者氏名	疾 病 名

①次に掲げる症状のうち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

	症状該当の有無	対象部位	症 状 の 状 態
認定基準 ①		眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（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害を有するもの（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害を有するもの（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又は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以上で欠くもの又は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害を有するもの（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害を有するもの）
	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又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）	

② ①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

	症状該当の有無	疾患群	治療状況等の状態
認定基準 ②		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	発達指数もしくは知能指数が20以下、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	発達指数もしくは知能指数が20以下、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	気管切開管理もしくは挿管を行っているもの、3月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの
		皮膚疾患	発達指数もしくは知能指数が20以下、又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
		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
		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	

認定基準に該当する項目の具体的な状態を記入してください。

高額な医療が長期的に継続する者

高額かつ長期	高額医療の該当年月	年 月、 年 月、	年 月、 年 月、	年 月、 年 月、
--------	-----------	--------------	--------------	--------------

添付する証明書 （○を記入）	1. 小児慢性特定疾病医療意見書	2. 障害年金証明書の写	3. 身体障害者手帳の写	4. その他
-------------------	------------------	--------------	--------------	--------

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 _____

氏名 _____ ⑩ （受診者との続柄 _____）

熊本市長（宛）