

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 名	

①次に掲げる症状のうち1つ以上が長期間(おおむね6か月以上)継続す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(両眼の視力の和が0.04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、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、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(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、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又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又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、上記(眼及び聴器を除く)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害を残すもの)	

② ①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

	症状該当の有無	疾患群	該当項目
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	知能指数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・知能指数は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	気管切開管理又は挿管を行っているもの
		皮膚疾患	知能指数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	上記の項目のいずれかに該当するもの

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。

添付する証明書 (○を記入)	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 3. 身体障害者手帳の写	2. 障害年金証明書の写 4. その他
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 平成 年 月 日		
申請者住所 _____		
氏名 _____ (印) (受診者との続柄 _____)		
熊本市長 (宛)		