

水戸市重症患者認定申告書

受給者番号 (新規申請の場合は不要)							
受診者氏名							
疾病名							
添付する証明書類 (該当するところに ○をつけてください。)	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					
1. 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 支給認定の申請を行う日が属する月以前の12月以内に、当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療支援につき医療費総額(健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額)が5万円を超えた月数が6回以上あった						
2. 重症度							
重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態 (該当する項目に☑を付して下さい)							
障 害 等 の 状 態	基準①: すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、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						
	眼	<input type="checkbox"/> 眼の機能に著しい障害がある (視力の良い方の眼の視力が0.03以下である、又は視力の良い方の眼の視力が0.04以下かつ他方の眼の視力が手動弁以下)					
	聴器	<input type="checkbox"/> 聴覚機能に著しい障害がある (両耳の聴力レベルが100デシベル以上)					
	上肢	<input type="checkbox"/> 両上肢の機能に著しい障害がある (両上肢の用を全く廃している)					
		<input type="checkbox"/> 両上肢の全ての指の機能に著しい障害がある (両上肢の全ての指を基部から欠いている、又は両上肢の全ての指の機能を全く廃している)					
		<input type="checkbox"/> 一上肢の機能に著しい障害がある (一上肢を上腕の2分の1以上で欠いている、又は一上肢の用を全く廃している)					
	下肢	<input type="checkbox"/> 両下肢の機能に著しい障害がある (両下肢の用を全く廃している)					
		<input type="checkbox"/> 両下肢を足関節以上で欠いている					
	体幹・脊柱	<input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、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がある (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、又は臥位又は座位から自力のみでは立ち上がらず、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がある)					
	肢体の機能	<input type="checkbox"/> 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の、四肢の機能に相当程度の障害を残している)					
	基準②: 基準①に該当しないもので次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合						
	悪性新生物	<input type="checkbox"/> 転移又は再発があり、濃厚な治療を行っている					
	慢性腎疾患	<input type="checkbox"/> 血液透析を行っている					
		<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (CAPD, 持続携帯腹膜透析を含む) を行っている					
	慢性呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理を行っている					
		<input type="checkbox"/> 挿管を行っている					
	慢性心疾患	<input type="checkbox"/> 人工呼吸管理を行っている					
		<input type="checkbox"/> 酸素療法を行っている					
	先天代謝異常	<input type="checkbox"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきり					
	神経・筋疾患	<input type="checkbox"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下					
<input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきり							
慢性消化器疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理を行っている						
	<input type="checkbox"/> 挿管を行っている						
	<input type="checkbox"/> 三月以上常時中心静脈栄養を必要としている または 肝不全状態にある						
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	<input type="checkbox"/> この表の他の項の治療状況等の状態に該当						
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下						
	<input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきり						
骨系統疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理を行っている						
	<input type="checkbox"/> 挿管を行っている						
	<input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきり						
脈管系疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理を行っている						
	<input type="checkbox"/> 挿管を行っている						
	<input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきり						
以上のとおり、重症患者の認定を申請します。							
申請者住所							
氏名		※ 印					
年 月 日							
水戸保健所長 様							