

第1号様式(第5条関係)

重症患者認定申請書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 居住地〒

氏名

電話番号

受診者との続柄

次のとおり、重症患者の認定を申請します。

受診者							
受給者番号(新規の場合は不要)							
生年月日	年 月 日(歳)						
疾病名							
障 が い 等 の 状 態	重症患者認定基準に該当する障がいの長期継続の状態						
	基準①			基準②			
	眼			悪性新生物			
	聴器			慢性腎疾患			
	上肢			慢性呼吸器疾患			
	下肢			慢性心疾患			
	体幹・脊柱			先天性代謝異常			
	肢体の機能			神経・筋疾患			
	高額治療継続者			慢性消化器疾患			
	人工呼吸器等装着			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群			
皮膚疾患							
添付する 証明書類	1 小児慢性特定疾病医療意見書 2 人工呼吸器等装着者申請時添付書類 3 障害年金証書の写し 4 身体障害者手帳の写し 5 その他						

注 障害等の状態について該当欄に記入し、添付する証明書類に○を付してください。

別表第1(第5条関係)

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

① すべての疾病に関して、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

対象部位	症状の状態
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

疾患群	該当項目
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
染色体及び遺伝子の変化に関する症候群	上記の項目のいずれかに該当するもの