

重症患者認定申告書

| | | | | | | | | |
|--|-------------------|--|---|---|--|--|--|--|
| 患者名前 | | 受給者番号 | | | | | | |
| 疾病名 | | | | | | | | |
| 症状又は治療状況等の状態(注1) | 基準① | 眼 | <input type="checkbox"/> 眼の機能に著しい障害がある(次のいずれかの状態である。) ・視力の良い方の眼の視力が0.03以下である。 ・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である。 | | | | | |
| | | 聴器 | <input type="checkbox"/> 聴覚の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(次のいずれかの状態である。) ・両上肢の全ての指を基部から欠いている。 ・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。 ・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(次のいずれかの状態である。) ・腰掛け、正座、あぐら又は横すわりのいずれもできない。 ・寝ている状態や座っている状態から、自分の力だけでは立ち上がれず、他人や柱、杖などの介護や補助によって初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要する病状が、基準①の他の項の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活に著しい支障がある(次のいずれかの状態である。) ・一上肢及び一下肢の用を全く廃している。 ・四肢の機能に相当程度の障害を残している。 | | | | | |
| | | 基準② | 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"/> 血液透析又は腹膜透析(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"/> 気管切開管理又は挿管を行っている。 | | | | |
| | 慢性心疾患 | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理又は酸素療法を行っている。 | | | | | |
| | 先天性代謝異常 | | <input type="checkbox"/> 発達指数又は知能指数が20以下である。 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきりである。 | | | | | |
| | | | 神経・筋疾患 | <input type="checkbox"/> 発達指数又は知能指数が20以下である。 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきりである。 | | | | |
| | 慢性消化器疾患 | | <input type="checkbox"/> 気管切開管理又は挿管を行っている。 <input type="checkbox"/> 3月以上常時中心静脈栄養を必要としている。 <input type="checkbox"/> 肝不全状態にある。 | | | | | |
| | | | 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 発達指数又は知能指数が20以下である。 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきりである。 | | | | |
| | 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | | 骨系統疾患 | <input type="checkbox"/> 気管切開管理又は挿管を行っている。 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきりである。 | | | | |
| | | 脈管系疾患 | <input type="checkbox"/> 気管切開管理又は挿管を行っている。 <input type="checkbox"/> 1歳以上の児童であって、寝たきりである。 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 基準②の他の項目のいずれかに該当する。 | | | | | | |
| | 添付する証明書類(注2) | | 1 小児慢性特定疾病医療意見書 | 2 障害年金証明書の写し | | | | |
| | | 3 身体障害者手帳の写し | 4 その他 | | | | | |
| 福山市長様 年 月 日 児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第22条第1項第2号口に規定する療養負担過重患者について、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の9第1項の規定に基づき、上記のとおり提出します。 申請者住所 _____ 申請者名前 _____ | | | | | | | | |

(注1) 症状又は治療状況等の状態について該当する項目の口にチェックしてください。

(注2) 添付する証明書類に○をしてください。