

様式第2号

重症患者認定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 住所

氏名 印

電話番号

受給者との続柄 ( )

標記について、下記のとおり申請します。

受給者番号								ふりがな 患者氏名	
疾患名									
対象	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態								
障害等の 状態	基準 ①				基準 ②				
	重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態を記入してください。				重症患者認定基準に該当する疾患群に○を付けてください。				
	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			
						慢性消化器疾患			
添付する証明書類	小児慢性特定疾患医療意見書								

- (注) 1 裏面に「重症患者認定基準」を記載していますので、内容をご確認ください。  
 2 身体障害者手帳の写し等の提出を求められることがあります。  
 3 既に受給者証の交付を受けている方が重症患者に認定された場合は、申請のあった翌月1日から適用されます。

県 記 入 欄	審査医			
	適	否	適	否

別表2 小児慢性特定疾患重症患者認定基準

①すべての疾患に関して、下記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デジベル以上のもの）
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