（様式第２号）

（重症患者認定申告書）

ふりがな		生年月日	年　　月　　日生（満　　歳）
氏名			

①高額かつ長期

高額治療継続者の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（支給認定を受けた月以後のものに限る。）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回以上ある者をいう。

添付書類	１．　自己負担上限月額管理票　　２．　その他（　　）

②重症度

添付書類	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（　　）

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

対象の部位	該当箇所に○	症状の状態
眼		眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は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又は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以上で欠くもの又は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
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、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しく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若しく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、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）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又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

基準②

基準①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

疾患群	該当箇所に○	治療状況等の状態
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		発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患		発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの
慢性消化器疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、三月以上常時中心静脈栄養を必要としているもの又は肝不全状態にあるもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群		この表の他の項の治療状況等の状態に該当するもの
皮膚疾患		発達指数若しくは知能指数が二十以下であるもの又は一歳以上の児童において寝たきりのもの
骨系統疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
脈管系疾患		気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの