

重症患者認定申請書

患者氏名		受給者番号 (新規申請の場合は不要)							
疾病名		該当対象部位							
障 害 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(視力の良い方の眼の視力が0.03以下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(次のいずれかの状態である) ・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、自力のみでは立ち上がれず、他人や柱、杖その他の器物の介護や補助によって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要する病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く)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"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下である、又は1歳以上の児童において寝たきりである						
		神経・筋疾患	<input type="checkbox"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下である、又は1歳以上の児童において寝たきりである						
		慢性消化器疾患	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> この表の他の項目の治療状況等の状態に該当している						
		皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 発達指数若しくは知能指数が20以下である、又は1歳以上の児童において寝たきりである						
		骨系統疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理若しくは挿管を行っている、又は1歳以上の児童において寝たきりである						
		脈管系疾患	<input type="checkbox"/> 気管切開管理若しくは挿管を行っている、又は1歳以上の児童において寝たきりである						
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	障害年金証書の写				
	3	身体障害者手帳の写	4	その他()					
<p>上記のとおり、重症患者の認定を申請します。</p> <p>なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>申請者住所 <u>広島市</u></p> <p style="text-align: center;">電話 (_____) (※日中連絡が取れる番号)</p> <p style="text-align: center;">フリガナ _____</p> <p>申請者氏名 _____ (受診者との続柄: _____)</p> <p>広島市長様</p>									

注1) 障害の状態について該当する項目の□にチェックしてください。

注2) 添付する証明書類に○を付してください。