人工呼吸器等を装着されている方へ

小児慢性特定疾病の認定疾病により、人工呼吸器、体外式補助人工心臓及び埋め込み式補助人工心臓を装着している方で、以下の基準を満たす場合は自己負担限度額の特例(上限額500円)の対象となります。認定基準に該当し自己負担限度額の特例を希望される方は、2の必要書類をご提出ください。

(必要書類の添付がない場合は、自己負担限度額の特例は適用されません。)

1 認定基準

【全般】

食事、更衣、ベッドから車いす等への移乗、屋内外での移動について、全介助又は部分介助の状態であること。

【人工呼吸器】

以下の全てを満たすこと

- ① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること
- ② 常時(ほぼ24時間)装着していること
- ③ 現に装置を稼働させ人工呼吸を施行していること
- ④ 今後1年間程度にわたって、離脱の見込みがないこと

【体外式補助人工心臓・埋め込み式補助人工心臓】

以下の全てを満たすこと

- ① 小児慢性特定疾病の認定を受けた疾患で装着していること
- ② 現に装置を稼働させ循環の維持をしていること
- ③ 今後1年間程度にわたって、離脱の見込みがないこと

2 必要書類

- (1) 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書
中段の「人工呼吸器等装着」、更新の場合は下段の「人工呼吸器等を装着されている方へ」欄に○をつけてください。
- (2) 人工呼吸器等装着者申請時添付書類
受診している医療機関で記載してもらってください。

《自己負担限度額表》

階層区分の基準		自己負担上限月額 (患者負担割合：2割、外来・入院)			入院時の 食事療養費
		一般	重症	人工呼吸器等装着者	
生活保護受給者又は血友病患者		0円			0円
区市町村民 税が非課税 の世帯	低所得 I (保護者所得 80 万以下)	1,250 円		500 円	自己負担額 1/2
	低所得 II (保護者所得 80 万超)	2,500 円			
一般所得 I (区市町村民税額が 7.1 万円未満の世帯)		5,000 円	2,500 円		
一般所得 II (区市町村民税額が 7.1 万円以上 25.1 万円未満の世帯)		10,000 円	5,000 円		
上位所得 (区市町村民税額が 25.1 万以上の世帯)		15,000 円	10,000 円		

小児慢性特定疾病患者用

(人工呼吸器等装着者申請時添付書類)

ふりがな			生年月日	年 月 日生(満 歳)
氏名				
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器			
	体外式補助人工心臓等			
※人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。				
①人工呼吸器の使用について				
<small>(注1) 人工呼吸器装着者とは、気管チューブを介して人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介して人工呼吸器を使用している者をいう。 (注2) 気管チューブとは口、鼻および気管切開口を介して気管内に留置するチューブ・カニューレをいう。 (注3) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</small>				
人工呼吸器装着の有無	1. あり(年 月から) 2. なし			
人工呼吸器の使用状況(注2)	1. 気管チューブを介した人工呼吸器使用 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器使用			
施行状況(注3)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行			
概ね一年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし			
②体外式補助人工心臓等の使用について				
<small>(注4) 体外式補助人工心臓等とは、体外式補助人工心臓及び埋込式補助人工心臓をいう。 (注5) 「継続的に施行」とは、連日おおよそ24時間継続して装着していることをいう。</small>				
体外式補助人工心臓等の装着の有無	1. あり(年 月から) 2. なし			
体外式補助人工心臓等の装着の種類(注4)	1. 体外式補助人工心臓 2. 埋込式補助人工心臓			
施行状況(注5)	1. 継続的に施行 2. 断続的に施行 3. 未施行			
概ね一年以内に離脱の見込み	1. あり 2. なし			
③生活状況等の評価について				
生活状況の評価	☐ 食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ☐ 更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ☐ 移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ☐ 屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 ※移乗: ベッドから椅子、車椅子への移動 【評価基準】 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分解除 1. 自立と3. 全介助の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態			
医療機関名				
医療機関所在地				
医師の氏名	電話番号	()		
	記載年月日:	年 月 日		

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、認定されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。