

重症患者認定の御案内

小児慢性特定疾病医療費助成制度が定める重症患者とは、認定対象者のうち、認定疾病に起因する症状の状態が以下の重症基準に該当する方が対象となります。

（重症患者認定の申請をする方は、重症患者認定申請書兼診断書の提出が必須です）

重症患者の認定を受けた場合、自己負担上限額が変わります（参照：自己負担上限額表）。

注意

- ・申請疾病の認定基準を満たしていない場合は、重症患者認定の対象となりません。
- ・重症患者の認定基準に該当しても、認定疾病に起因する症状の状態でない場合は、認定の対象となりません。
- ・認定に当たっては、国の定める認定基準に適合するか否かを総合的に判断するため、申請された内容を区で審査した結果、重症患者認定の対象とならない場合もあります。

【重症患者の申請方法】

下の必要書類を御提出ください。

（「申請書」欄（表面）は申請者が、「診断書」欄（裏面）は担当医師が記入してください。）

	重症基準	必要書類
1	眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能のうち、 <u>いずれかの部位で</u> 、身体障害者手帳1・2級に認定されている、または障害者年金1級を受給している。 ※心臓など内部障害は、対象外です。	① 小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書（表面のみ） ② 氏名・対象部位・等級等が記載されているページの障害者手帳の写し、もしくは、障害者年金証書の写し
2	眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能のうち、 <u>いずれかの部位で</u> 、身体障害者手帳1・2級、障害者年金1級と同程度の障害を有している。	① 小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書
3	<u>申請する疾病が属する疾患群の</u> 重症患者認定基準に該当する。	① 小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書

※1 重症患者認定申請書、上半分の「1 全ての疾患において、次に掲げる症状のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続すると認められる場合」に記載されている基準になります。

※2 重症患者認定申請書、下半分の「2 1に該当しない場合であって、次に掲げる各疾患群の項目に該当する場合」に記載されている基準になります。

階層区分	階層区分の基準		自己負担限度額 (患者負担割合:2割、外来+入院)			
			一般	重症 *	人工呼吸器等装着者	生活保護法の被保護世帯 又は血友病等患者等
I	生活保護法の被保護世帯					
II	市町村民税又は特別区民税が非課税の世帯	低所得Ⅰ (保護者所得80万円以下)	1,250		500	
III		低所得Ⅱ (保護者所得80万円超)	2,500			
IV	一般所得Ⅰ:市町村民税又は特別区民税課税以上7.1万円未満の世帯		5,000	2,500		
V	一般所得Ⅱ:市町村民税又は特別区民税課税7.1万円以上25.1万円未満の世帯		10,000	5,000		
VI	上位所得:市町村民税又は特別区民税課税25.1万円以上の世帯		15,000	10,000		
入院時の食費			1/2自己負担			自己負担なし

(表)

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書

「申請書」欄(表)は申請者が、「診断書」欄(裏)は担当医師が記入してください。

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書(申請者が記入してください。)

品川区長 あて
関係書類を添えて重症患者認定を申請します。
年 月 日

申請者住所
氏名

患者氏名										
生年月日	年	月	日	受給者証の受給者番号						
疾病名	(新規申請の場合は記入不要です。)									

患者の状態について該当する番号を○で囲んでください。1、2に該当する場合はその対象部位も記入してください。

- 1 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳 1・2 級、若しくは障害者年金 1 級の認定を受けている。(1に該当の場合は、身体障害者手帳 1・2 級の写し又は障害者年金証書 1 級の写しを添付してください。この場合は「診断書」欄に担当医師が記入する必要があります。)
- 2 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳 1・2 級、若しくは障害者年金 1 級と同程度の状態である。(2に該当の場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。)
- 3 上記疾病により、その属する疾患群の重症患者認定基準の項目に該当する。(3に該当の場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。ただし、新規又は更新申請と同時に本申請を行う場合で小児慢性特定疾病医療意見書に必要事項の記入がある場合は、「診断書」欄に担当医師が記入する必要はありません。)

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

1 全ての疾患において、次に掲げる症状のうち、1 つ以上がおおむね 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(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)

2 1 に該当しない場合であって、次に掲げる各疾患群の項目に該当する場合

疾患群	該当項目	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	神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が 20 以下であるもの又は 1 歳以上の児童において寝たきりのもの
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、3 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
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	皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が 20 以下であるもの又は 1 歳以上の児童において寝たきりのもの
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	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
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が 20 以下であるもの又は 1 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	

(裏)

診断書(担当医師が記入してください。)

患者氏名

疾病名

1 小児慢性特定疾病を重症患者認定基準(表面参照) 1に該当する場合は、次の項目を記入してください。
(身体障害者手帳1・2級、障害者年金1級認定を受けており、手帳又は証書の写しを添付できる場合は記入の必要はありません。)

対象部位別の重症患者に該当し、長期間(おおむね6か月以上)継続すると判断します。

(1) 対象部位(該当する対象部位を○で囲み、下欄の必要事項を記入してください。)

眼 聴器 上肢 下肢 体幹・脊柱 肢体の機能

(2) 鑑別診断

眼の障害(下表に掲げる項目のうち、いずれか1つ以上の所見があるもの)

①	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	視力:右 () 左 ()
②	周辺視野角度(1/4視標による。)の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度(1/2視標による。)が28度以下のもの	周辺視野角度:右 度、左 度 両眼中心視野角度 度
③	両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの	両眼開放視認点数 点 両眼中心視野視認点数 点

聴器の障害(下表に掲げる所見があるもの)

①	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの	聴力レベル:右 デシベル、左 デシベル
---	-----------------------	---------------------

肢体の障害(下表に掲げる項目のうち、いずれか1つ以上の所見があるもの)

上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの	① 両上肢の機能を全く廃したもの	無・有
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの	② 両上肢の全ての指を基部から欠いているもの	無・有
		③ 両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの	無・有
		④ 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの	無・有(右・左)
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの	⑤ 一上肢の機能を全く廃したもの	無・有(右・左)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの	⑥ 両下肢の機能を全く廃したもの	無・有
	両下肢を足関節以上で欠くもの	⑦ 両下肢を足関節以上で欠くもの	無・有
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	⑧ 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	無・有
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を要する症状が、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	⑨ 一上肢及び一下肢の機能を全く廃したもの	無・有 上(右・左) 下(右・左)
		⑩ 四肢の機能に相当程度(身体障害者手帳1・2級又は障害年金1級程度)の障害を残すもの	無・有

2 小児慢性特定疾病重症患者認定基準(表面参照) 2に該当する場合は、次の項目を記入してください。ただし、新規又は更新申請と同時に本申請を行う場合で小児慢性特定疾病医療意見書に必要事項の記入がある場合は、記入する必要はありません。

上記疾病を主たる要因として、対象疾患群の重症患者に該当すると判断します。

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	移転(無・有(部位:)) 再発(無・有)、治療内容()
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	血液 (未実施・実施) 腹膜透析 (未実施・実施)
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	気管切開 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施)
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	人工呼吸管理 (未実施・実施) 酸素療法 (未実施・実施)
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	発達・知能指数() 1歳以上で寝たきり (無・有)
神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	発達・知能指数() 1歳以上で寝たきり (無・有)
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、3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	気管切 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 3月以上常時中心静脈栄養を必要とする(無・有) 肝不全状態にある(無・有)
皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	発達・知能指数() 1歳以上で寝たきり (無・有)
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	該当する疾患群() ※所見については該当する疾患群の項目に記入してください。
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	気管切開 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 1歳以上で寝たきり (無・有)
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	気管切開 (未実施・実施) 挿管 (未実施・実施) 1歳以上で寝たきり (無・有)

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
担当医師氏名

注1 この重症患者認定申請書兼診断書により重症認定した患者は、上記疾病の治療に係る保険医療費の自己負担分が軽減されます。

注2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は、認定できないこともありますので御注意ください。

注3 診断書の有効期間は、記載日から3か月です。

記入例

(表)

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書

「申請書」欄(表)は申請者が、「診断書」欄(裏)は担当医師が記入する欄です。

申請者及び患者の各必要項目について記載
やマル付けをしてください。

品川区長 あて
関係書類を添えて重症患者認定を申請します。
年 月 日

申請者住所
氏名

患者氏名										
生年月日	年	月	日	受給者証の受給者番号						
疾病名	(新規申請の場合は記入不要です。)									

患者の状態について該当する番号を○で囲んでください。1、2に該当する場合はその対象部位も記入してください。

- 1 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳1・2級、若しくは障害者年金1級の認定を受けている。(1に該当の場合は、身体障害者手帳1・2級の写し又は障害者年金証書1級の写しを添付してください。この場合は「診断書」欄に担当医師が記入する必要はありません。)
- 2 重症患者認定基準の対象である(部位) に著しい障害を有し、身体障害者手帳1・2級、若しくは障害者年金1級と同程度の状態である。(2に該当の場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。)
- 3 上記疾病により、その属する疾患群の重症患者認定基準の項目に該当する。(3に該当の場合は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。ただし、新規又は更新申請と同時に本申請を行う場合で小児慢性特定疾病医療意見書に必要事項の記入がある場合は、「診断書」欄に担当医師が記入する必要はありません。)

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

- 1 全ての疾患において、次に掲げる症状のうち、1つ以上がおおむね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(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以下の他方の眼の視力が手動弁以下のもの)
聴器	聴覚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) 両下肢の全機能に著しい障害を有するもの(両下肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両下肢の全ての指の機能を全く廃したもの)
体幹・脊柱	1歳以上の児童又は青少年の身体機能に著しい障害を有するもの(自立歩行が困難な状態にあるもの又は臥位若しくは座位から立ち上がることができる程度ではない程度の障害を有するもの)
肢体の機能	身体機能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)

身体障害者手帳所有者で重症患者認定の対象となる部位は
眼、聴器、上肢、下肢、体幹・脊柱、肢体の機能の6部位です。
※ 心臓機能障害等、内部障害は対象ではありません。

- 2 1に該当しない場合であって、次に掲げる各疾患群の項目に該当する場合

疾患群	該当項目	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	神経・筋疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
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、3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
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	皮膚疾患	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
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	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
先天性代謝異常	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1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	