

重症患者認定のご案内

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。重症患者の認定を受けた場合、自己負担上限額が変わります。

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、申請された内容を都で審査した結果、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。「小児慢性特定疾病重症患者認定申告書」の記入方法は、この案内の裏面を御覧ください。

	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、いずれかの部位で、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告書 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、いずれかの部位で、身体障害者手帳1・2級、障害者年金1級と同程度の障害（※1）を有している。	① 小児慢性特定疾病重症患者認定申告書
3	申請する疾病が属する疾患群の重症患者認定基準（※2）に該当する。	① 小児慢性特定疾病重症患者認定申告書

※1 重症患者認定申告書、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 重症患者認定申告書、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	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	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		

小児慢性特定疾病重症患者認定申告書

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。

患者氏名

フリガナ	〇〇 〇〇	生年月日	〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	疾病名	〇〇〇〇	受給者証番号 (新規申請の場合は記入不要) 〇〇〇〇〇〇〇
氏名	〇〇 〇〇					

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し 3 身体障害者手帳の写し 4 その他 ()
------	--

(1) 全ての疾病に関して、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

対象部位	該当箇所	症状の状態
眼	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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）
	<input type="radio"/>	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）

身体障害者手帳等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。

下肢	<input type="radio"/>	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）
----	-----------------------	-----------------------------------

体幹・脊柱	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、この表の上肢、下肢又は体幹・脊柱の項目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、次に掲げる対象疾患群のいずれかについて、治療状況等の状態にあると認められる場合		
対象疾患群	該当箇所	治療状況等の状態
悪性新生物	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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
神経・筋疾患	<input type="radio"/>	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
慢性消化器疾患	<input type="radio"/>	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの、1年のうち3か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="radio"/>	この表の他の項目の治療状況等の状態に該当するもの
皮膚疾患	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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

小児慢性特定疾病重症患者認定申告書

患者氏名

フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	疾病名	受給者証番号 (新規申請の場合は記入不要)
氏名					

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し 3 身体障害者手帳の写し 4 その他 ()
------	--

(1) 全ての疾病に関して、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

対象部位	該当箇所	症状の状態
眼	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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）
	<input type="checkbox"/>	両下肢を足関節以上で欠くもの
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	<input type="checkbox"/>	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、この表の上肢、下肢又は体幹・脊柱の項目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、次に掲げる対象疾患群のいずれかについて、治療状況等の状態にあると認められる場合

対象疾患群	該当箇所	治療状況等の状態
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もの
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。）を行っているもの
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もの
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もの
先天性代謝異常	<input type="checkbox"/>	発達指数若しくは知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
神経・筋疾患	<input type="checkbox"/>	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、1年のうち3か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するもの
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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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