

様式第4号（第2条関係）

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

| | | | | |
|---|---|--------------|-------------------|--|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日生（満 歳） | |
| 受給者氏名 | | | | |
| 1 重症度 | | | | |
| 添付する証明書類 | 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（ ） | | |
| 障害等の状態 | 重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態 小児慢性特定疾病重症患者認定基準を参考に、該当箇所に○をつけてください。 | | | |
| | 小児慢性特定疾病による身体の状態 | | 小児慢性特定疾病に係る治療の内容 | |
| | 眼 | | 悪性新生物 | |
| | 聴器 | | 慢性腎疾患 | |
| | 上肢 | | 慢性呼吸器疾患 | |
| | 下肢 | | 慢性心疾患 | |
| | 体幹・脊柱 | | 先天性代謝異常 | |
| | 肢体の機能 | | 神経・筋疾患 | |
| | | | 慢性消化器疾患 | |
| | | | 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | |
| | | | 皮膚疾患 | |
| | | 骨系統疾患 | | |
| | | 脈管系疾患 | | |
| 2 高額かつ長期 | | | | |
| 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50,000円を超えた月数が6回以上ある者をいう。 | | | | |
| 添付する証明書類 | 1 自己負担上限額管理票の写し | 2 その他（ ） | | |
| <p>以上のとおり、重症患者の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>（宛先） 大津市長</p> | | | | |