様式第２号（第６条関係）

重症患者認定申告書

フリガナ		生年月日	年　　月　　日生　（満　　歳）
氏名			
受給者番号（新規申請の場合は不要）			
疾病名			
下の「①高額かつ長期」又は「②重症度」に○			

①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５万円を超えた月数が６回以上ある者をいう。

添付書類	１．自己負担上限月額管理票	２．その他（　　）

②重症度

障害等の状態	基準①（該当箇所に○）		基準②（該当箇所に○）	
対象部位	眼		疾患群	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
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	
	３．身体障害者手帳の写		４．その他（　　）	