

この様式は、該当される方のみ、指定医に記載いただき提出してください。

(人工呼吸器等装着者申請時添付書類)

フリガナ			生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生 (満 歳)
氏名					
医療受給者証に記載されている病名	人工呼吸器 ①を記載	1. 重症筋無力症 2. 筋萎縮性側索硬化症 3. パーキンソン病 4. ハンチントン病 5. 多系統萎縮症 6. プリオン病 7. 亜急性硬化性全脳炎 8. ライソゾーム病 9. 脊髄性筋萎縮症 10. 球脊髄性筋萎縮症 11. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 12. リンパ脈管筋腫症(LAM) 13. その他(疾病名:)			
	体外式補助人工心臓 ②を記載	1. 特発性拡張型心筋症 2. 肥大型心筋症 3. 拘束型心筋症			
①人工呼吸器の使用について					
※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した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た人工呼吸器を使用している者をいう。					
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり(昭和・平成・令和 年 月から) 2. なし				
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器				
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行				
離脱の見込み	1. あり 2. なし				
生活状況	食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 椅子とベッド間の移動 1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 ※軽度の介助: 軽度の部分介助又は監視を要する 部分介助: 座ることは可能であるがほぼ全介助 整容 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 トイレ動作 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 入浴 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 移動 1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 ※軽度の介助: 45m以上の介助歩行、歩行器の使用含む 部分介助: 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能 階段昇降 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 排便コントロール 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排尿コントロール 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
②体外式補助人工心臓の使用について					
体外式補助人工心臓の装着の有無	体外式補助人工心臓 1. あり(昭和・平成・令和 年 月から) 2. なし				
医療機関名					
指定医番号					
医療機関所在地					
電話番号					
医師の氏名					
記載年月日	年 月 日				

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓の使用の必要性が、医療受給者証に記載されている病名によって生じている場合に本様式を提出してください。(指定医が記載)

※※当様式は、新規申請をしてから次回更新時期までに、途中で、人工呼吸器等装着の状態になった場合、変更申請する時にのみ必要となります。
新規申請及び更新申請の際の呼吸器申請は、臨床調査個人票の中に記載されるため、当該書類の提出は必要ありません。

人工呼吸器、体外式補助人工心臓を装着されている方へ

特定医療費(指定難病)の医療費助成制度において、人工呼吸器等を装着されている方で、厚生労働省の定めた要件を満たす場合は、階層区分にかかわらず、自己負担上限月額が月額1,000円となります。

※変更申請の場合、申請日の翌月1日から(申請日が月の初日の場合は当該月の初日から)適用となります。

※更新申請の場合、更新後の受給者証の有効期間の始期から適用となります。

以下の要件に該当すると思われる方は、医師と相談の上、裏面の様式に医師に記載いただき、申請時にあわせて提出してください。

「人工呼吸器等装着者」の対象要件について

以下の1, 2の両方の要件を満たすことが必要です。

- 1 継続して常時(※1)、生命維持管理装置(※2)を装着する必要がある方

かつ、

- 2 日常生活動作(食事、椅子とベッド間の移動、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロール等)が著しく制限されている(全介助又は部分介助)の方
自立の項目がある方は、対象外です。

※1)継続して常時とは・・・

人工呼吸器を1日中装着している方で、離脱の可能性がない方と言います。

間欠的施行や夜間のみ装着の方は対象外です。

※2)生命維持管理装置とは・・・

○気管切開口式、鼻マスク式、顔マスク式の人工呼吸器を装着している方