

人工呼吸器等装着者であることを証明する書類について（該当する方のみ）

小児慢性特定疾病医療費助成制度では、人工呼吸器等を常時装着している患者の自己負担限度額については、所得に関わらず月額500円となります（生活保護世帯の方、血友病の方を除く）。該当する場合、人工呼吸器等装着者は裏面の「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」を提出してください。

現在、人工呼吸器等装着者該当となっている方と重症患者認定を受けられている方に送付しておりますが、すべての方が該当するとは限りませんので、下記の対象者を必ずご確認ください。該当する場合は、裏面の「人工呼吸器等装着者申請書」の部分申請者をご記入ください。「人工呼吸器等装着者証明書欄」は主治医に記載してもらい、他の申請書類と一緒に提出をお願いします。

人工呼吸器等装着者申請時添付書類を提出する方は、市町村民税所得課税証明書等の書類の一部を省略できる場合（下記をご覧ください）があります。ただし、審査の結果該当にならないと判断された場合は、後日、省略した書類の提出をお願いします。

なお、人工呼吸器等装着者に該当しない場合又は血友病の方及び生活保護世帯である場合は、提出の必要はありません。

<対象者>

	対象者は、以下の要件①～③のいずれにも該当する場合です。	参考 (該当するかどうかは、主治医によく相談してください。)
要件	① 人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、 <u>小児慢性特定疾病の医療受給者証に記載されている疾病によって生じている場合。</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・小児慢性特定疾病以外の疾病によって人工呼吸器、体外式補助人工心臓等が必要になった場合は該当になりません。 ・体外式人工心臓等には、埋め込み式補助人工心臓が含まれます。
	② 人工呼吸器等が24時間常時必要な方で、かつ、今後離脱の見込みがない方	<ul style="list-style-type: none"> ・装着時間が常時でない場合（夜間のみ等）は該当になりません。 ・今後離脱の見込みがある場合は該当になりません。
	③ 日常生活動作が著しく制限されている方	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的には、別紙添付書類の「生活状況の評価」が、4項目（食事、更衣、移乗・屋内での移動、屋外での移動）すべてにおいて「2. 部分介助」か、「3. 全介助」であることが必要です。

<市町村民税所得課税証明書の提出について>

人工呼吸器等装着者申請時添付書類を提出する場合は、自己負担限度額を決定するための市町村民税所得課税証明書の提出は省略できますが、高額療養費の所得区分の確認の際に市町村民税所得課税証明書が必要な場合があります。患者さんが加入している医療保険の種類によって必要な書類が異なりますので、以下を確認の上、必要な書類の提出をお願いします。

患者さんが加入している医療保険の種類	提出が必要な書類
国民健康保険組合の方 (医師国保、建設国保など)	同一保険に加入している世帯全員の市町村民税所得課税証明書が必要です。
被用者保険（社会保険）の方 (健保協会、組合、共済など)	被保険者が市町村民税非課税の場合は、被保険者の市町村民税非課税証明書が必要です。(※被保険者の市町村民税が課税されている場合は不要です。)
国民健康保険（国民健康保険組合以外）の方	不要です。

人工呼吸器等装着者申請時添付書類

(人工呼吸器等装着者申請書)

(保護者記入欄)

ふりがな		性別	1. 男 2. 女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
氏名					
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器				
	体外式補助人工心臓等				
<p>以上のとおり、人工呼吸器等装着者の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>					

(人工呼吸器等装着者証明書欄)

(医師記入欄)

①人工呼吸器の使用について	
<p>注1) 人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。</p> <p>注2) 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。</p> <p>注3) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に○をつけること。</p>	
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり (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. 施行 2. 未施行
離脱の見込み	1. あり 2. なし
②体外式補助人工心臓等の使用について	
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり (平成・令和 年 月から) 2. なし
体外式補助人工心臓等の装着の種類	
施行状況	1. 施行 2. 未施行
離脱の見込み	1. あり 2. なし
③生活状況等の評価について	
生活状況の評価	<p>○食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○移乗(※)・屋内での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>○屋外での移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助</p> <p>※移乗：ベッドから椅子、車椅子への移動</p> <p>【評価基準】</p> <p>1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる</p> <p>2. 部分解除 1. 自立と3. 全介助の間</p> <p>3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態</p>
医療機関名	
医療機関所在地	
	電話番号 ()
医師の氏名	印 記載年月日：令和 年 月 日

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が認定されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。