別記様式

重度障害者医療費助成意見書（難病患者用）

**１ 対象者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 堺市　　　区 | 電話番号 |  |
| 特定医療費（指定難病）受給者証又は特定疾患医療受給者証に記載の病名 |  |
| 受給者番号 |  |

**２ 主治医意見**

|  |
| --- |
| （１） 対象となる障害　　　※①～⑪の該当する箇所に「○」を記入してください。 |
| ① 上記の指定難病又は特定疾患による障害　　② 神経系統の障害　　③ 呼吸器疾患による障害　④ 心疾患による障害　　⑤ 腎疾患による障害　　⑥ 肝疾患による障害　⑦ 血液・造血器疾患による障害　　⑧ 代謝疾患による障害　　⑨ 悪性新生物による障害　⑩ 高血圧症による障害　⑪ その他の疾患による障害（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （２） 一般状態区分 ※ア～オの該当する箇所に「○」を記入してください。ア　無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるものイ　軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、軽い家事、事務などウ　歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の５０％以上は起居しているものエ　身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったものオ　身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの |

上記所見から、国民年金法施行令第４条の６の別表１級の第９号の障害に

**① 相当しない。（一般状態区分　ア～エ　）　　・　　② 相当する。（一般状態区分　オ　）**

　　　年　　　月　　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医　師　氏　名

（記入した医師が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

主治医様へ

この意見書は、堺市において重度障害者医療費助成制度の資格要件を確認するものです。

重度障害者医療費助成制度では、「特定医療費（指定難病）受給者証又は特定疾患医療受給者証」をお持ちの方で、障害年金1級の第9号に該当する方(その障害の程度が当該者と同程度以上であると認められる者を含む。)及び特別児童扶養手当1級の第9号に該当する方が助成対象となります。

このため、障害年金受給中以外の方（特別児童扶養手当の対象者を除く。）について、診断書（障害年金請求用）に代えて、主治医意見書により、国民年金法施行令第４条の６の別表１級の第９号の該当の有無についてご意見をいただくものです。

下表をご参照のうえ、**「２主治医意見」及び１級の第９号相当の有無（①又は②）についてご記入ください。**なお、１級の第９号に相当しない場合は、重度障害者医療費助成制度の対象者にはなりません。

また、ご記入いただきました意見書について、担当から問い合わせをさせていただくことがありますのでご了承ください。

・国民年金法施行令　第４条の６

別表

|  |  |
| --- | --- |
| 障害の程度 | 障害の状態 |
| １級 | 第１号　第２号　第３号　第４号　第５号　第６号　第７号　第８号　第９号第１０号第１１号 | 両眼の視力の和が０．０４以下のもの両耳の聴力レベルが１００デシベル以上のもの両上肢の機能に著しい障害を有するもの両上肢のすべての指を欠くもの両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの両下肢の機能に著しい障害を有するもの両下肢を足関節以上で欠くもの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前各号に掲げるもののほか、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前各号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精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの |

　　※　この意見書に係る文書料については、医療機関で定めた金額を対象者ご本人から徴収してください。

**〇お問い合わせ先**

〒５９０－００７８

堺市堺区南瓦町３番１号

堺市 長寿社会部 医療年金課 医療助成係

ＴＥＬ　０７２－２２８－７３７５

ＦＡＸ　０７２－２２２－１４５２