

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

受診者氏名		受給者番号		
疾病名				
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 (該当欄に○を記入して下さい)			
	基準①		基準②	
	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	
			染色体及び遺伝子に変化を伴う症候群	
			皮膚疾患群	
			骨系統疾患	
脈管系疾患				
添付する証明書類 (該当番号に○を 記入して下さい)	1 小児慢性特定疾病医療意見書 2 障害年金証書の写 3 身体障害者手帳の写 4 その他(高額治療継続)			
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 (宛先) 下関市長				

【事務局処理】

受付窓口		受付年月日	
------	--	-------	--

証書・手帳の内容確認のための同意書

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定における重症患者認定申請にあたり、患者本人に関する障害年金証書又は身体障害者手帳の内容について、必要に応じて関係機関に照会されることについて同意いたします。

年 月 日

(宛先) 下 関 市 長

対象患者

住 所

氏 名

法定代理人（申請者等）※

住 所

氏 名

(本人との続柄：)

※対象患者と異なる場合に記入