

重症患者認定申請書

平成 年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者 住所

TEL

氏名

印

(受療者との続柄)

次のとおり、重症患者の認定を申請します。

| | | | | | |
|-------------------|--|---------|---------|---|---|
| 受療者 | ふりがな 氏名 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| | 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 | | | | |
| | 基準 | | 基準 | | |
| | 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 | | | |
| 添付する 証明書類 | 1 小児慢性特定疾患医療意見書 2 障害年金証書の写し 3 身体障害者手帳の写し 4 その他() | | | | |
| 受給者番号(新規申請の場合は不要) | | | | | |

(注) 障害等の状態について該当欄に記入し、添付する証明書類に を付してください。