

重症患者認定申請書

疾病名					
受給者番号※1				受診者氏名	
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○を付して下さい)				
	該当対象部位				
	基準①			基準②	
	眼		悪性新生物		
	聴器		慢性腎疾患群		
	上肢		慢性呼吸器疾患群		
	下肢		慢性心疾患群		
	体幹・脊柱		先天性代謝異常		
	肢体の機能		神経・筋疾患		
	/		慢性消化器疾患群		
			染色体又は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 (該当欄に○をつけてください。)		1. 小児慢性特定疾病医療意見書		2. 障害年金証明書の写	
		3. 身体障害者手帳の写		4. その他	
<p>以上のとおり、重症患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 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">宮崎県知事 殿</p>					
保健所 記入 ※2	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	金額		担当者 確認印	
	一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得				

※1 新規の場合は記載不要。

※2 受給者証所持者が重症申請をした場合に記載すること。