

特定疾患医療受給者認定申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印
 受給者との続柄 _____
 連絡先(日中連絡がとれる電話又は携帯電話) _____

下記のとおり、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。

受給者	ふりがな					性別	1 男 ・ 2 女	
	氏名							
	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	職業		
	住所	〒 - Tel () -						
加入医療保険	保健種別	政(協)組共国退後	被保険者氏名					
	保険者コード		受給者との続柄	1 本人 ・ 2 家族				
	記号		番号					
	被保険者証発行機関名		所在地					
病名								
医療機関	名称 診療科				医療機関 コード			
	所在地	〒 - Tel () -						
生計中心者	氏名				患者との 関係		所得階層 (記入しない)	
	住所	〒 -						
同一生計内で生計中心者が扶養する右記年齢の人数	0歳 ~ 15歳	人		16歳~18歳	人			
	※扶養控除見直し前の、旧税額計算の為に使用しますので、必ず記入してください。 1/1~6/30の申請の場合、前々年の12月31日現在の年齢の方の人数。 7/1~12/31の申請の場合、前年の12月31日現在の年齢の方の人数です。							
※生計中心者の所得税額は70,001円以上ですので、自己負担限度額が適用されて差し支えありません。(該当する方のみ記名押印又は自筆により署名してください。)					印			
今回申請する受給者以外に、既に同一生計内で受給者証の交付を受けている者(生計中心者が同じ方に限る)	有 ・ 無							
	氏名()	受給者番号()						
今回申請する疾病以外に、既に受給者証の交付を受けている特定疾患の有無	有 ・ 無							
	氏名()	受給者番号()						
重症認定申請	有 ・ 無		添付書類					

注1 :申請者氏名については、記名押印又は受給者本人の自筆による署名のいずれかとすること。
 注2 :重症認定申請欄は、必ずどちらかに○をして、その際添付した書類を記入してください。
 注3 :鹿児島市にお住まいの方は、難病相談・支援センターもしくは鹿児島市保健所、鹿児島市以外にお住まいの方は、難病相談・支援センターもしくは管轄の保健所に提出してください。
 (必要書類)一般申請・認定申請書, 保険証写, 治療意見書, 住民票謄本, 同意書, 生計中心者の所得税の状況が確認できる書類等
 重症申請・認定申請書, 保険証写, 治療意見書, 住民票謄本, 同意書, 重症患者認定申請書, 診断書等 25.5.1