

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

ふりがな	おおつ たろう		
受給者氏名	大津 太郎		生年月日 平成 ○○年 ○ 月 ○ 日生 (満 ○ 歳)

①重症度

添付する証明書類	① 小児慢性特定疾病医療意見書	2 障害年金証明書の写し
	③ 身体障害者手帳の写し	4 その他 ( )

重症患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態

重症患者認定基準を参考に、該当箇所に○をつけてください。

①重症度に該当する場合は、添付する証明書類 1~4 の中から○をつけてください。  
手帳のコピーについては、名前と障害名の入ったページのコピーが必要です。

①重症度に該当する場合は、裏面の重症認定基準に該当する部分○をしてください。重症認定基準に該当する部分に○をしてください。

関係する治療の内容

障害等の状態	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	
			染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	
			皮膚疾患	
			骨系統疾患	
			脈管系疾患	

②高額かつ高額治療継続後のもの

②高額かつ長期に該当する場合は、添付する証明書類として 1 自己負担上限額管理票の写し 若しくは 2 その他(領収書の写し) に○をしてください。申請日より12か月以内のもので、医療費総額が月5万円以上を超える月が年6回以上あるものを添付してください。

添付する証明書類	① 自己負担上限額管理票の写し	2 その他 ( )
----------	-----------------	-----------

以上のとおり、重症患者の認定を申請します。

住所 大津市浜大津四丁目1-1  
申請者 氏名 大津 一郎

申請者(保護者)の住所・氏名を記入してください。

令和 ○年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 大津市長