

小児慢性特定疾病 重症患者認定申請書

受給者番号								
受診者氏名								
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			
	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</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">奈良市長</p>								