

第5号様式

重症患者認定申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

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	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	
			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				
添付する証明書類	1 小児慢性特定疾病医療意見書 3 身体障害者手帳の写し	2 障害年金証明書の写し 4 その他 ( )		
受給者番号 (新規申請の場合は不要)				

※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。

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。