

重症患者認定申請書

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		1. 男 2. 女	年 月 日生 (満 歳)
疾病名			
該当する申請区分に○	高額治療継続者・療養負担加重患者（下欄「障害等の状態」に記入）		



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

以上のとおり、重症患者の認定を申請します。

申請者住所

氏 名

印

年 月 日

大分県知事 殿