|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　号**特定疾病療養受療証交付申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世帯主が記入する欄 | 被保険者証の記号番号 |  |
| 認定対象者の氏名 | 　 |
| 個　人　番　号 |  |
| 認定対象者の生年月日 | 昭和・平成　　年　　　　月　　日 |
| 認定対象者の住所 | 　 |
| 疾病の名称 | １．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全２．血　友　病 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。令和　　　年　　　月　　　日　　医療機関の　名 称　　　　　　　　所 在 地　　　　　　　　医 師 名 ㊞ |

　　上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　申請者（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理申請者　住所・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（☎　 －  －  ）日出町長　殿 |

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　□聴き取り