

## 重症患者認定申請書

受給者番号（新規申請の場合は不要）							
疾病名							
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○を記入)							
基準①		基準②					
障害等の状態	対象部位	眼		疾患群	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			
高額かつ長期(※1)							
添付する証明書類 (該当欄に○を記入)		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			
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  年 月 日  (宛先) 秋田市長							

※1 医療費総額5万円/月(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が、申請月を含む過去12か月で6回以上ある場合。