

重症患者認定申請書

**【記載例】**

受給者番号 (新規申請の場合は不要)		12345678				
疾病名		●●病				
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	
高額かつ長期(※1)		○		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○を記入)		1. 小児慢性特定疾病医療意見書
		3. 身体障害者手帳の写	<b>4</b> 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 秋田市▲▲1-1-1</p> <p style="text-align: center;">氏名 秋田 太郎</p> <p style="text-align: center;">●●年●月●日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 秋田市長</p>						

※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。