

〒660-0052

尼崎市七松町1-3-1-502

尼崎 太郎 様

【記入例】



尼崎市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※ 保 健 所 記 入 欄	申請種別	更新		原則 / 既認定者 () 円
	血友病	該当しない / 該当する(自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位
	成長ホルモン治療	なし・あり () まで		一般・重症・高額長期・人工呼吸器等装着者
	公費負担番号	受給者番号		按分特例 () 円
	5 2 2 8 8 0 5 7 1 1 1 1 1 1 1			承認期間
疾病番号	12-34			

記入不要

受給者	フリガナ	アマガサキ ジロウ		生年月日	令和5年1月1日
	氏名	尼崎 次郎		(年齢)	(0 歳)
	住所	〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502			
	加入医療保険	被保険者氏名	尼崎 次郎	受給者との続柄	本人
	被保険者証発行機関名	尼崎市		被保険者証の記号・番号	1234567(03)
	保険種別	国保(一般)			
申請者	フリガナ	アマガサキ タロウ		受給者との続柄	父
	氏名	尼崎 太郎		(TEL - -)	
	住所	〒 - (TEL - -) <input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ			

氏名・住所・電話番号・加入医療保険などに修正があれば、赤字で記入してください。18歳以上の受給者の方は本人の氏名等を記入ください。

※訂正印は不要です。

記載内容等について確認させていただく場合がありますので、日中連絡がとれる番号の記載をお願いします。

申請者と受給者の住所が同じであれば、こちらにを入れてください。

受診を希望する(指定)医療機関	全国の指定小児慢性特定疾病医療機関	
医療受給者証の受け取り方法	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 保健所窓口(南部HC・北部HC・保健所) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 〒 _____ 宛名: _____	

修正や追加記入は不要です。指定を受けている医療機関であれば、どの医療機関においても受給者証を使用することができます。

郵送先が申請者住所と同じ場合は、を入れてください。送り先を申請者住所以外で希望される場合は、送り先住所・宛名を明記してください。

※裏面がありますので、忘れずご記載ください。

