

## 重症患者認定申請書

	受給者番号 <small>(新規申請の場合不要)</small>				
受給者氏名					
生年月日	明・大・昭・平                      年                      月                      日				
疾患名					
添付書類	1 診断書      2 障害年金証書(1級)の写し 3 身体障害者手帳(1級・2級)の写し				
<p>上記のとおり、重症患者の認定を申請します。</p> <p>平成    年    月    日                      (〒    —    )</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名    電話 (    )    ④    —</p> <p>京都府知事 様</p> <p>※ 承認された場合、受給者あてに受給者票を送付させていただいております。                  受給者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">送付先住所</td> <td>〒</td> </tr> <tr> <td>あて先氏名</td> <td style="text-align: right;">電話</td> </tr> </table>		送付先住所	〒	あて先氏名	電話
送付先住所	〒				
あて先氏名	電話				

- ※ 1 重症患者の承認を行った場合は、受付日の翌月の初日から適用となりますので、重症患者の認定を受けていない方が、通常の継続申請と同時に重症患者の認定申請書を提出されても、別の申請として扱われることがありますので、適用時期等十分に注意してください。
- 2 身体障害者手帳(1級・2級)の写しにより、当該特定疾患が確認できる場合は診断書の添付を省略できます。  
 なお、疾患の確認ができない場合及び手帳に複数の疾患が記載されている場合は、診断書を添付してください。
- 3 重症患者と認定された方は、医療費の自己負担分が全額公費負担となります。

診 断 書

患者氏名		生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別	男・女
疾患名						
○欄	該当対象部位	症 状 の 記 載 欄				
	眼					
	聴 器					
	肢 体					
	神 経 系					
	呼 吸 器					
	心 臓					
	腎 臓					
	肝 臓					
	血液・造血器					
	そ の 他					
<p>疾患名欄に記載の特定疾患を主たる要因として、「重症患者認定基準表」の対象部位の症状が現に認められ、かつ、長期間（おおむね6ヶ月以上）継続するものと認められるかについて、以上のとおり診断します。</p> <p>年 月 日 (〒 - )</p> <p>医療機関所在地          医 療 機 関 名          担 当 医 師 氏 名 電話( ) - ㊟</p>						

(注) 該当対象部位に○を付したうえ、「重症患者認定基準表」にしたがって記載してください。