

### 重症患者認定申請書

受診者氏名			
疾病名			
	基準①	基準②	
	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹・脊柱 <input type="checkbox"/> 肢体の機能	<input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患群 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患群 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患群 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 慢性消化器疾患群 <input type="checkbox"/> 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患群 <input type="checkbox"/> 骨系統疾患 <input type="checkbox"/> 脈管系疾患	
障がい等の状態	添付する	1. 小児慢性特定疾病医療意見書	2. 障害年金証明書の写
	証明書類	3. 身体障害者手帳の写	4. その他
受給者番号（新規申請の場合は不要）			
以上のとおり、重症患者の認定を申請します。 <div style="text-align: center;">申請者住所</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <span>申請者氏名</span> <span>印</span> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">（申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。）</p> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">（電話）</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <p style="text-align: center;">（あて先）札幌市長</p>			

注) 障がい等の状態について該当項目に印 (☑) を記入し、添付する証明書類に○を付けてください。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。