

(宛先) 富士市長

## 特定疾病認定 申請書

特定疾病認定について、下記のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日	記号番号	
世帯主	住所	富士市	
	氏名		電話
	個人番号		
申請者 <small>(世帯主は 続柄欄に ☑のみ)</small>	住所		
	氏名		電話
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> 別世帯( )	
	別世帯の人の 申請の場合	私は、上記署名および身分証明書の写しの提出により、上記世帯主の代理人として、この手続きに関する一切の責任を負います。 【はい→ <input type="checkbox"/> 】	

対象者	氏名		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
	個人番号			
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員( )		
特定 疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定める者にかかるものに限る)			

※ 申請には、下欄に医師の証明を受けるか、当該疾病にかかっていることを証する書類を添付してください。

<h3>医師の意見書</h3>	
上記の対象者が、特定疾病の診療を受けていることに相違ありません。	
令和 年 月 日	
医療機関	名称
	所在地
	医師名 <span style="float: right;">⑩</span>

-----以下は記入不要-----

備考	
----	--

添付	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 他証明
申請 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
受付	