様式第１号（第１０条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　殿

 住所

 （ 申 請 者 ） 氏名 　　　 印

 受給者との続柄（　　　　　）

 　　　　　　　電話番号　（　　　 ）　　 －

 ※代理人による申請の場合

 上記の者に、交付申請を委任します。

自著する場合は押印を省略することができます。

　　　　　　　　　　　　 　　　　（ 受 給 者 ） 住所

 氏名 印

　先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付について、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第１０条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  受 給 者 |   |  |   職　　業 |  |
|  氏　　　名 |  |
|   |  明・大・昭・平・　 　年 　　月 　　日 |  性　　別 |  男 　 ・ 　 女 |
|  住　　　所 |  TEL（　　　）　　　－ |
|  加　　　入  |  被保険者氏名 |  |  受給者との続柄 |  |
|   |  協・組・船・共・国・後・介 |  記号　　　　番号 |
|  これまでの医療 受給者証の交付 |  　有　　・　　無 （　　　　　）都道府県　発行 |  受給者番号 |  |
|   |  　　　　年　　月　　日まで |
|  受 療 医 療 機 関 |  名　　　称 |  |
|   |  |
|  名　　　称 |  |
|   |  |
|  名　　　称 |  |
|   |  |
|  |  |  | （保健福祉環境事務所受付印） |
| 注意事項：医療受給者証の交付が決定された場合の有効期間の開始日は、所管保健福祉環境事務所（北九州市にあっては関係局保健医療課、福岡市にあっては関係局保健予防課）の受付日の属する月の初日からとなります。　　　　 【添付書類】 １　住民票等（運転免許証、加入医療保険証等住所が確認ができるも　　　　　　　　　の）の写し  ２　加入医療保険証の写し ３　疾病ごとに定める必要書類（裏面参照） |

様式第１号（裏面）

【対象疾病別必要書類】

|  |  |
| --- | --- |
|  　 |   |
|  先天性血液凝固因子欠乏症 （第８、９因子欠乏症） |  ・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書（様式第２号） ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し |
|  先天性血液凝固因子欠乏症 （上記以外のもの） |  ・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書（様式第２号） |
|  血液凝固因子製剤の投与に起因 するＨＩＶ感染症 |  ・裁判所発行の和解調書の抄本、または（財）友愛福祉財団が実施する 「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」の対象者、又は「血液製剤によるＨＩＶ感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された通知の写し ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し |