様式第４号（第１１条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付継続申請書

 　　　　　　　　　　　　　　　　　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

自著する場合は押印を省略することができます。

 上記の者に、申請を委任します。

　　　　　　　　　　　　 　　　　（ 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更新について、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１１条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  ５ |  １ |  ４ |  ０ |  ７ |  ０ |  １ |  ３ |   |  ９ |  ９ |  |  |  |  |  |
|  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 |
|   |  　　 年 　 月 　 日から　　 　年　３ 月３１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） |
|  添付書類 １　先天性血液凝固因子障害等医療受給者証 　　　　　　 　　　　２　住民票等（運転免許証、加入医療保険証等住所が確認できるもの）の写し ３　加入医療保険証の写し  ４　加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し（対象患者のみ） ５　疾病ごとに定める必要書類（裏面参照）※　変更がある場合は、変更届も一緒に提出してください。 |

様式第４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 |