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 |