

重症患者認定申請書

患者氏名		受給者番号					
疾患名							
障害該当部位	(説明) 障害対象の部位の右枠に○印を付けて下さい。						
	眼	聴器	肢体	神経系	呼吸器		
	心臓	腎臓	肝臓	血液・造血器	その他		
障害の状態 *患者または申請者が記入して下さい。	(説明) 上記疾患による日常生活における障害状況を具体的に記載して下さい。なお、重症患者とは、概ね障害年金1級及び身障1・2級に相当する障害が、6か月以上継続される状態を言います。 <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 20px;"></div>						
添付する証明書類	1 診断書 2 障害年金証書（1級）の写 3 身体障害者手帳（1級・2級）の写						
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 福岡県知事 殿 年 月 日 (申請者) 郵便番号 〒 - <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">住所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">電話番号 ()</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">続柄 (患者の)</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">印</div>							

- 1 申請者は、本人又は扶養親族とする。
- 2 複数の疾患にて特定疾患受給者証を保持している場合は、他疾患の受給者番号も記載してください。
- 3 新規重症申請をされる方は必ず主治医による診断書を添付してください。
- 4 受給者証等の送付先を変更する場合は、変更届けを提出してください。

(保健所収受印)