

(様式第1号)

小児慢性特定疾患治療研究認定申請書									
長野県知事 殿					平成 年 月 日				
住所					〒 -				
申請者					氏名				
印									
新規・継続		受給者番号 (継続の場合のみ記入)							
患者	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	住所				性別	男・女			
	加入	被保険者 氏名			患者との続柄				
	医療 保険	保険種別	政・組・船・共・国		被保険者証の 記号・番号				
	被保険者証 発行機関名								
保護者	氏名				電話番号				
	住所				患者との続柄				
生計 中心者	氏名				患者との続柄				
	住所								
	今回申請する患者以外に既に同一生 計内で受診券の交付を受けている者				有 (氏名) 無				
実施 医療 機関	名称								
	所在地								
受診券への病名記載		希望しない場合のみ()			* 印を付けてください				
こどもの健康手帳		交付済 ・ 交付を希望							
同意書		提出済 ・ 今回提出			保健所受理日 年 月 日				
協議会 審査欄	委員	判定	適・否・保留		審査年月日	平成 年 月 日			
		適・否	意見						
		保留							
		適・否	意見						
	保留								
	適・否	意見							
	保留								

注) ○ 太線枠内を記入・押印してください。
○ 申請にはこの申請書の他に「医療意見書」、「保険証」、「受診券(継続の場合)」が必要です。