

課長	主幹	係長	参事	係

## 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記入する欄	世帯主氏名 及び生年月日	【氏名】	昭和 平成 令和	年　月　日	被保険者 証番号	
	認定対象者氏名 及び生年月日	【氏名】	昭和 平成 令和	年　月　日	世帯主との 続柄	
	認定対象者の住所					
	認定対象者の個人番号					
	疾　病　名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）				

医師の意見欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。					
	令和	年	月	日		
	医療機関の名称					
	所在地					
	医師名				印	

上記のとおり申請します。

多良木町長　　様

令和　　年　　月　　日

世帯主住所

氏　　名

印

個　人　番　号