特定疾病認定申請書

年 月 日

埼玉県春日部市長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				
認 定 申 請 対 象 者	氏 名			個人番号
	生年月日	年 月 日		
	疾 病 名	1 人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2 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		

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名
----------------------------	---

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	