

# 記入例

(宛先) 富士市長

## 特定疾病認定 申請書

特定疾病認定について、下記のとおり申請します。

申請日	令和 ● 年 4 月 1 日	記号番号	
世帯主	住所	富士市 永田町1丁目100番地 シヤクショ101号室	
	氏名	富士 太郎	電話 51-0123
	個人番号	0123 4567 8901	
申請者 <small>(世帯主は 続柄欄に ☑のみ)</small>	住所	同上	
	氏名	富士 花子	電話 同上
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員( 妻 ) <input type="checkbox"/> 別世帯( ) 別世帯の人の申請の場合 私は、上記署名および身分証明書の写しの提出により、上記世帯主の代理人として、この手続きに関する一切の責任を負います。【はい→ <input type="checkbox"/> 】	

対象者	氏名	富士 一郎	生年月日	昭和 ● 年 5 月 6 日 平成 ● 年 5 月 6 日 令和 ● 年 5 月 6 日
	個人番号	0123 4567 8903		
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員( 子 )		
特定 疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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(血友病) <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定める者にかかるものに限る)			

※ 申請には、下欄に医師の証明を受けるか、当該疾病にかかっていることを証する書類を添付してください。

<h3>医師の意見書</h3>	
上記の対象者が、特定疾病の診療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 名称	
所在地	
医師名	(印)

担当医師に記入してもらってください。