| | • • • | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--------|---|------------|--------|-----------|---------------|-------------|---------------|--|--|
| | | 通院 | 介護費用受 | 給者認 | 定申請書 | | | 年 | 月 | 日 | | |
| 宣址 | (県知事 | 殿 | | | | | | 4 | 力 | Н | | |
| 又は | | 灰 | | | | | | | | | | |
| ~ 10 | 水 医// X | | 申請 | 者 住所 | ŕ | | | | | | | |
| | | | 1 11 | 日 (日/) 氏名 | | | | | | | | |
| 申請者が対象患者で | | | | | | | | | | | | |
| ない場合は患者との | | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | | | | | | | | | | | |
| 指定難病等の治療に係る通院介護費用の受給者の認定を受けたいので、別紙関係書類 | | | | | | | | | | | | |
| を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 対 | 住 所 | ₹ | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | 男 | ・女生 | 三年月日 | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | |
| 象 | 病 名 | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| 患 | 医療受給者証の | 有効 | 年 月 | 日から | 受給者 | | | | | $\neg \neg $ | | |
| 者 | 有効期間及び | 期間 | 年 月 | 日まで | | | | | | | | |
| 0 | 受給者番号(注1) | | | | , . | | <u> </u> | <u> </u> | | | | |
| 0 | (該当する事項を○で囲んでください。)(注2) 1 身体障害者手帳の交付を受けている。(級 年 月 日交付) | | | | | | | | | | | |
| 状 | | | 寸を受けてし | <i>\</i> \\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | 級 | 年 | 月 | | 日交付 | f) | | |
| 況 | 2 13歳未注 3 その他 | 価 じめる。 | | | | | | | | | | |
| | - , , , , , | 、お○で囲り | でくだす」 | 、) (沪 | 9) | | | | | | | |
| 介 | (要否いずれかを○で囲んでください。)(注3) 要 上記患者について、通院をする時に介護が必要であると認める。 否 | | | | | | | | | | | |
| 護 | | | | | | | | | | | | |
| の | | | | | | | | | | | | |
| 要否 | | | | | | | | | | | | |
| に | 医療機関所在地・名称 | | | | | | | | | | | |
| 関 | ENVININIVITES CITIES | | | | | | | | | | | |
| す | | | | | | | | | | | | |
| る | 医師氏名 | | | | | | | | | | | |
| 医 | | | | | | | | | | | | |
| 師の | | | | | | | | | | | | |
| 意 | | | | | | | | | | | | |
| 見 | | | | | | | | | | | | |
| | | h / [[a -1 - 140] - 1 | -\ | ^ | 1 In the t | 1 44 1 | ، باد خاس | بار مــ | 5-1 - A.A 3 | = : > * | | |
| (注) | | 身(指定難療 3.44.表表(1 | | | | | | | | | | |
| 定疾患医療受給者証(以下「医療受給者証」という。)の交付を受けているとき | | | | | | | | | | | | |
| は、その受給者番号を記載してください。ただし、医療受給者証の交付を受けて | | | | | | | | | | | | |
| いないときは、記載不要です。 2 身体障害者手帳所持者は、その写しを添付してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 2 身体障害者手帳所持者は、その写しを添付してください。 3 身体障害者手帳の交付を受けている者(障害の級別が1級又は2級である者) | | | | | | | | | | | |
| | 3 分体障害4 | | | | | | | | | | | |
| | | してくられて | | ベント 11円 し | シンコロク | ヘノドマノ | | <i>,, ,</i> (| 10, | ᄱᄞᄓᄞᇄ | | |

| 職 貝 医療交結有証の 年 月 日から 交給有 | 職員記載欄 | 区 然 久 相 日 ᇤ り | 年 日 日 | | |
|-------------------------------|-------|---------------|-------|--|--|
|-------------------------------|-------|---------------|-------|--|--|

介護の要否に関する医師の意見欄が記入されていることが必要です。