

(様式第1の2号)

岡山市特定医療費(指定難病)支給認定申請書
[軽症者特例該当再申請]

岡山市長 様

特定医療費(指定難病)支給不認定となった下記の申請について、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令第2条に該当するので、法第10条第1項の規定により次のとおり申請します。

1 申請者

フリガナ		受給者番号 (受給中の方)	年	月	日
患者氏名		生年月日	年	月	日
住 所					
電話番号		日中の連絡先			
患者が18歳未満の場合は以下を記入					
保護者氏名		患者との続柄			
保護者住所			保護者 連絡先		

2 申請内容

不認定となった申請を行った日		
指定難病に係る総医療費(10割分)	33,330 円を超えた月	総医療費(10割分)
	年 月	円
	年 月	円
添付書類①	当該申請に係る不認定通知書の写し 添付不可の場合理由()	
添付書類② (医療費総額の確認できる書類)	<input type="checkbox"/> 医療費申告書及び領収書等の写し	
	<input type="checkbox"/> 医療費管理票(医療機関が作成し証明したもの)	
	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票(受給者証)のコピー (受給中の方)	

保健所処理欄	保健所受理日
--------	--------