

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

重症患者認定申請書

(重症認定 1 新規・2 更新)

疾患名		
障害の 状態	対象	重症患者認定基準表に該当する障害の長期継続の状況
	眼	
	聴器	
	肢体	
	神経系	
	呼吸器	
	心臓	
	腎臓	
	肝臓	
	血液・造血器	
	その他	
添付する証明書類	1 診断書 2 身体障害者手帳(1級・2級)の写し	
上記及び添付する証明書類により、重症患者の認定を申請します。		
岐阜県知事 様		
平成 年 月 日	申請者	
	住所	
	氏名	印
	対象患者氏名	

(注) 障害の状態について該当欄に記入し、新規・更新の区分及び添付する証明書類は該当する数字を で囲んでください。