|  |
| --- |
| （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**年　　　　月　　　　日 |
| フリガナ |  | 受給者番号（受給中の方） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 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）** | □ 医療費申告書及び領収書等の写し |
| □ 医療費管理票(医療機関が作成し証明したもの) |
| □ 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 |