|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | | |