

堺市小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担者 番号			
受給者番号			
受診者	住所		
	フリガナ	生年月日	
	氏名		
保険者			
被保険者証の 記号及び番号		適用 区分	
疾病名			
成長ホルモン治療			
自己負担 上限月額		階層 区分	
食事療養費負担			
有効期間			

指定 医療 機関 名	<p>児童福祉法に基づく指定医療機関 (病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション) であれば、この受給者証を使用できます。 ※左欄の疾病名に係る医療に限る</p>			
負担	人工呼吸器等 装着	重症患者認定	高額かつ長期	同一世帯内 按分対象者
保護者	氏名			続柄
	住所			
備考				
<p>上記のとおり認定します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日      堺市長 印</p>				