

様式第5号

| 堺市小児慢性特定疾病医療受給者証(兼登録者証) |      |      |  |
|-------------------------|------|------|--|
| 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                     |      |      |  |
| 自己負担上限月額                |      | 階層区分 |  |
| 食事療養費負担                 |      |      |  |
| 有効期間                    |      |      |  |
| 小児慢性特定疾病登録者証            |      |      |  |

|   |   |        |        |            |
|---|---|--------|--------|------------|
| 指定医療機関名   | <p>児童福祉法に基づく指定医療機関<br/>(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション)<br/>であれば、この受給者証を使用できます。<br/>※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: center;">年 月 日      堺市長 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px 5px;">印</span></p> |   |        |        |            |