

様式第5号

堺市小児慢性特定疾病医療受給者証 (兼小児慢性特定疾病登録者証)			
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		
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 (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>				