

宇城市長 様
次のとおり申請します。

証番号	
申請者 (窓口来庁者)	住所
	氏名
	電話番号 — —
	世帯主との関係 ☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人()
対象者	☐ 申請者と同じ 住所
	氏名 ☐ 申請者と同じ
	生年月日 年 月 日
疾病名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)

医師の意見書	
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	
年	月 日
医療機関	
名称	
所在地	
医師名	印

受付印
受付者