市長		副市長		部長		課長		係		合議	

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入する欄	世帯主氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		被保険者記号番号	―	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	世帯主との続柄	
	認定対象者の個人番号					
	認定対象者の住所	島根県雲南市　　（　　自治会）				
	疾病名	1．血友病 2．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				

医師の意見欄	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 医療機関の　名　称 所在地 医師名　　㊞

上記のとおり申請いたします。

年　　月　　日

世帯主　住　所　島根県雲南市

氏　名

電話番号

雲　南　市　長　殿

雲南市処理欄	受理番号　（第　　号）	却　下　（理由　　）
	台帳番号　（第　　号）	処理年月日　　年　　月　　日