

(2)先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

(表)

様式第1号(第10条関係)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

福岡県知事 殿

年 月 日

住所

(申請者) 氏名

受給者との続柄 (印)

電話番号 () -

※代理人による申請の場合

上記の者に、交付申請を委任します。

(受給者) 住所

氏名

印

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付について、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第10条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

受	ふりがな			職業	
	氏名				
給	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	TEL () -			
者	加入	被保険者氏名		受給者との続柄	
	医療保険	保険種別	政・組・船・共・国・後・介	記号	番号
	これまでの医療受給者証の交付	有 ・ 無	受給者番号		
受	名称	() 都道府県 発行 有効期間 年 月 日まで			
	所在地				
	名称				
	所在地				
機	名称				
	所在地				

注意事項： 医療受給者証の交付が決定された場合の有効期間の開始日は、所管保健福祉環境事務所（北九州市にあっては関係局保健医療課、福岡市にあっては関係局保健予防課）の受付日の属する月の初日からとなります。

(保健福祉環境事務所受付印)

- 【添付書類】
- 1 住民票等（運転免許証、加入医療保険証等住所が確認ができるもの）の写し
 - 2 加入医療保険証の写し
 - 3 疾病ごとに定める必要書類（裏面参照）

様式第1号(裏面)

【対象疾病別必要書類】

対象疾病の種類	必 要 書 類
先天性血液凝固因子欠乏症 (第8、9因子欠乏症)	・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書(様式第2号) ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し
先天性血液凝固因子欠乏症 (上記以外のもの)	・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書(様式第2号)
血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症	・裁判所発行の和解調書の抄本、または(財)友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるHIV救済事業」の対象者、「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」の対象者、又は「血液製剤によるHIV感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された通知の写し ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し