

遷延性意識障害者医療費受給者証（更新・変更）申請書

対象者	ふりがな		受給者番号		性別	男・女		
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日生				
	住所		(〒 -) (電話番号 - -)					
	加入医療保険	保険種別	1 国民健康保険	2 国保退職者	保険証の記号			
			3 健康保険	4 共済組合	番号			
		5 後期高齢者医療		6 その他 ()				
		被保険者氏名				対象患者との続柄		
	保険証発行機関の名称							
	医療費負担割合			割				
	受療の状況	入院・入院外		福祉医療の対象の有無	有・無			
介護保険法認定の状況	要介護(度)・要支援・無		身体障害者手帳の有無	有(級)・申請中・無				
受療医療機関	名称							
	所在地							

※更新申請時に記載必要 担当医師意見書

年 月 日

医療機関 所在地

名称 担当医師名 印

上記患者に係る遷延性意識障害者医療に関する意見は、次のとおりです。

治療見込期間 年 月 日から 年 月 日まで

治療方針の概要（治療内容を記入していただくとともに、該当項目にレ印をしてください）

・治療内容

・前回申請時と比較した状態（軽快 不変 悪化 その他（ ））

・摂食の状態
（鼻腔栄養 胃ろう 空腸ろう 中心静脈栄養 経口栄養 その他（ ））

・気管切開の状態（有（人工呼吸 有 無） 無）

上記のとおり遷延性意識障害者医療費給付の期間を更新（一部負担月額限度額を変更）したいので申請します。

年 月 日

申請者 住所（〒 - ）

氏名 印（自署の場合は押印不要）

対象患者との続柄（ ）

電話番号（ - - ）

長野県 保健所長 様

※保健所記入欄	世帯の所得状況	・市町村民税非課税（本人等収入） ・市町村民税（所得割）課税年額	円	一部負担の月額限度額	円
---------	---------	-------------------------------------	---	------------	---

(注) 1 住民票・保険証のとおり記載してください。
 2 更新申請の際は加入医療保険証を御持参ください。