

受給者証のコピーと申請書への記入箇所

受給者番号

特 定 医 療 費（ 指 定 難 病 ） 受 給 者 証									
公費負担者番号		特定医療費受給者番号							
受 診 者	氏 名				性 別	生 年 月 日			
	住 所								
	保険者名	病名							
	被保険者証の 記号及び番号				適用区分	Ⅲ			
病 名									
保護者(受診者が18歳 未満の場合記入)	氏 名				続柄				
	住 所								
指 定 医 療 機 関	名称				所在地				有効期間開始日
負 担	自己負担上限額	月額	2	5	0	円	階層区分	B1	
	人工呼吸器等装着	—	高額かつ長期		—	軽症者特例		—	
	受診者と同じ世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成の受給者					無			
	有効期限	令和 年 月 日							
上記のとおり認定する。 令和 年 月 日									
栃木県知事 									

最新の有効期限のもの