

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		
	氏名		生年月日	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 <small>※福祉医療の対象の場合は、本事業は対象外となります。</small>
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			
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）					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>・治療内容</p> <p>・前回申請時と比較した状態（ <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> その他 ())</p> <p>・摂食の状態 (<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 空腸ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> その他 ())</p> <p>・気管切開の状態（ <input type="checkbox"/> 有 (人工呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無)</p> </div> <div style="width: 15%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>					
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				管轄保健所收受印欄	
申請者 住所 (〒 -)					
氏名					
対象患者との続柄 ()					
電話番号 (- -)					
長野県 保健所長 様					

(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。

※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
---------	---------	-------------------------------------	---	------------	---