千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証に関する証明願

令和　　年　　月　　日

　千葉県健康福祉部疾病対策課長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　電　話

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証に関する証明が必要な　ため、証明願います。

記

１．受給者氏名

２．受給者番号

３．住　　　所

４．生年月日　　　　　年　　月　　日

５．疾　患　名

６．加入保険

　　　　　　　　　　　（記号・番号）

　　　　　　　　　　　（保険種別）

　　　　　　　　　　　（適用区分）

７．受給期間　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

８．月額自己負担限度額　　　　　　　　　　　　　円

９．必要な理由