

第1号様式（第9、12関係）

		公費負担者番号	5	1	0	2	7	0	1	9
申請の種類	新規・更新		受給者番号							
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">血</span> 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書										
受給者	ふりがな			生年月日	年 月 日（満 歳）					
	氏名									
	住所	〒		電話 ( )						
疾患名	1 先天性血液凝固因子欠乏症（疾患名： ） 2 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症									
受療医療機関	医療機関名								所在地 (市区町村名)	
上記のとおり、関係書類を添えて、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を申請します。										
		年 月 日	〒		住所					
		申請者 氏名		_____						
				(受給者との続柄： )						
				電話番号 _____						
		青森県知事		殿						

【添付書類】

1 新規及び更新

- 先天性血液凝固因子障害等治療研究対象患者診断書（第2号様式）※H I V患者は不要
- 保険証（医療機関受診時に提示するもの）の写し
- 現住所が確認できる書類（住民票、運転免許証又は保険証等の写し）
- 特定疾病療養受療証の写し（血友病A、血友病B又はH I V感染症の患者のみ）

※ 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症の方は他にも必要な書類がありますので担当課にご確認ください。

2 転入

- 転入前に他都道府県から交付を受けた受給者証の写し
- 青森県に転入後の住民票
- 保険証（医療機関受診時に提示するもの）の写し
- 特定疾病療養受療証の写し（血友病A、血友病B又はH I V感染症の患者のみ）