**（　　）年度　千葉市ぜんそく等小児指定疾病医療費助成認定者用医療意見書別紙**

（悪性新生物、慢性腎疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝異常、血液疾患、免疫疾患、神経・筋疾患、慢性消化器疾患、染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群、皮膚疾患、骨系統疾患、脈管系疾患共通）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号（　　　　　　　　） | |  | | |
| 患者 | 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　 月 　日（満　 歳） |

上記の枠内を申請者が記入のうえ、医療機関へご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **病名** |  |   【通院実績】   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ４  月 | ５  月 | ６  月 | ７  月 | ８  月 | ９  月 | １０  月 | １１  月 | １２  月 | １  月 | ２  月 | ３  月 | | 受診回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 入院日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ※診断日を起点に過去６ヶ月の実績を記入してください。 |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　および  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　医師の氏名  （自著または記名押印） |

担当主治医の方へ

千葉市では、小児慢性特定疾病医療支援（国制度）の対象疾病に羅患しているが、認定基準に満たないお子さんを対象に、かかられた医療費の一部を助成する制度を設けております。

市の医療費助成制度の認定基準は国制度とは異なる基準を設けており、国が示す医療意見書の様式では認定が困難な場合もございます。

大変お手数ですが、医療意見書別紙として、こちらの用紙への記載もお願い致します。