

小児慢性特定疾病人工呼吸器等装着者認定申請書

対象児童	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名			年 月 日生(歳)	
	住所	〒	-	電話番号	-
公費負担者番号		受給者番号		/	
疾病名					
申請者	フリガナ			対象児童との続柄	
	氏名				
	住所	1 対象児童の住所電話番号と同じ場合には左の番号に○をつけ、異なる場合は下の欄に記入して下さい。			
〒		-	電話番号	-	

◎対象児童の状態について該当する番号を○で囲んでください。1又は2に該当する場合はその対象部位も記入して下さい。

1. 人工呼吸器を使用している。

※気管チューブを介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器の使用者。

2. 体外式補助人工心臓等を使用している。

児童福祉法施行令第二十二條第一項第六号に規定する人工呼吸器等装着者の認定を受けたいので、関係書類を添えて上記のとおり申請します。

年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名

収 受 印 欄	
------------------	--

