

25 歳までの医療費助成-岡山方式- 助成資格申請書

申請日(西暦) 年 月 日

申請者(署名)

以下の内容で、25 歳までの医療費助成-岡山方式-について申請します。

① 1 型糖尿病で岡山済生会病院を受診し(西暦) 年 月 日

からインスリンポンプと持続血糖モニタリング (CGM) を使用した治療を受けています。

② 小児慢性特定疾病医療費助成の対象者ではありません。

③ 誕生日は(西暦) 年 月 日です。

※助成対象は 25 歳の誕生日までです。

上記の者は①～③について相違ないことを証明いたします。

岡山済生会病院 担当医師 (署名)

また、助成金交付にあたり日本 IDDM ネットワークが岡山済生会病院へ照会することについて同意します。

日本 IDDM ネットワークのホームページ申請フォームより
情報を入力した後、この申請書と所得課税証明書（非課税
世帯の場合は非課税世帯証明書）を下記の住所まで郵送
してください。

◇送り先◇

〒840-0854 佐賀県佐賀市八戸二丁目 1 番 27-2 号
日本 IDDM ネットワーク 医療費助成-岡山方式-係

◆ホームページ申請フォーム↓

