

佐賀方式 1 型糖尿病（妊娠準備期から産後 1 年まで）

医療費助成資格認定申請書

私は、以下の内容で貴法人の 1 型糖尿病医療費助成に申請いたします。

申請者： _____ 申請日(西暦)： _____ 年 _____ 月 _____ 日

誕生日(西暦)： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※該当する方に☑を入れて当該治療開始日(開始予定日)を記入してください。

☐ 1 型糖尿病女性患者で(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**治療中**です。

☐ 1 型糖尿病女性患者で(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**導入予定**です。

現在の状況に	妊娠準備中	妊娠中	出産後 1 年まで
☑を入れて下さい	☐	☐	☐
添付書類	—	母子健康手帳の下記部分 (写)	
この申請書と一緒に お送り下さい		申請者本人氏名と分娩 予定日がわかる部分	申請者本人氏名と子供の 出生年月日がわかる部分

上記で相違ありません。

病院名： _____

担当医師名： _____

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-佐賀方式係

◆ホームページ申請フォーム ↓

