

佐賀方式 成人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

申請者： _____ 申請日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

私は、以下の内容で貴団体の成人1型糖尿病医療費助成に申請いたします。

- ・ 1型糖尿病女性患者でインスリンポンプ療法中、又は、導入予定です。
- ・ 誕生日は西暦 ____ 年 ____ 月 ____ 日です。

現在の状況に	妊娠準備中	妊娠中	出産後1年まで
<input checked="" type="checkbox"/> をして下さい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
添付書類	—	母子健康手帳の下記部分（写）	
この書類と一緒に 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 がかかる部分

申請者の方について、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 HP 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-妊娠出産係

◆HP 申請フォーム↓

