

重症/難治性喘息患者医療費助成申請書

(患者用)

令和 年 月 日

患者情報

氏名		年齢	
住所	〒		
	TEL		

必要書類

1	住民票	1通
2	前年の世帯所得を証明する資料（源泉徴収票、確定申告第1表等）	1通

重症・難治性喘息患者医療費助成に申請する患者さんにお願

主治医から封筒に入った「重症/難治性喘息患者医療費助成患者情報書」を受け取り、封を切らずに上記必要書類 2 通とともに公益財団法人日本アレルギー協会「重症/難治性喘息患者医療費助成基金事務局」に郵送してください。

申請書類送付先

〒102-0074 東京都千代田区九段南 4-1-8 第二小磯ビル 2 階

公益財団法人日本アレルギー協会「重症/難治性喘息患者医療費助成基金事務局」

TEL 03-3222-3437 FAX 03-3222-3438

重症/難治性喘息患者医療費助成患者情報書

(主治医用)

令和 年 月 日

主治医情報

所属医療機関名	
住 所	〒
	TEL
主治医氏名	
所属学会 (専門医)	

患者情報 (助成申請者)

氏 名		年 齢	
住 所	〒		

主治医の先生にお願い

この「重症/難治性喘息患者医療費助成患者情報書」にすべて記載の上、申請を行う患者さんに封筒に入れてお渡してください。