

肝炎治療特別促進事業医療機関 (追加・変更) 申請書

年 月 日

医療機関の追加・変更について、福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱第14条の規定により下記のとおり申請します。

公費負担者番号								受給者番号							
受 給 者	氏名							職業							
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( 歳 )				性別	男 ・ 女							
	住所	〒													
	受給者証の有効期間		年 月 日から						年 月 日まで						
医療機関名		現在の医療機関				(追加・変更) 医療機関									
		(医療機関名)				(医療機関名)									
						----- (所在地)									
		(医療機関名)				(医療機関名)									
				----- (所在地)											
追加・変更を必要とする理由と行う治療方法															
上記のとおり、医療機関の追加・変更の必要があると認めます。													年 月 日		
											医療機関名		印		
											主治医氏名				

※当該申請書は、現在の医療機関における主治医の判断により、追加が必要であると認めた理由と、追加先の医療機関名を記載し、押印の上、受給者へお渡しください。

(保健所受領印)

--