

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		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			
												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、受給者へお渡してください。

(保健所受領印)