

年 月 日

青森県知事 殿

住 所
〔 法人にあっては、主
たる事務所の所在地 〕
氏 名
〔 法人にあっては、名
称及び代表者の氏名 〕
電 話

申 出 書

下記のとおり、青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく「対象医療」を行うことを申し出ます。

記

1 医療機関名・住所

2 対象医療

項目	実施 (実施するものに、○を記載)
診断書作成に係る対象医療（検査・治療等） ※医師の基準特になし	
肝炎ウイルス初回精密検査費用助成事業 （自治体で実施した肝炎ウイルス検査で陽性と判定された方の初回検査費用の助成）※医師の基準特になし	
定期検査費用助成事業 （慢性肝炎・肝硬変・肝がんと診断された患者の検査費用の助成） ※医師の基準特になし	

3 契約開始希望日

年 月 日
