指定難病　新規申請に係る送信票（収受票）

※医療機関では太枠のみ御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送信者(医療機関)名  事務担当者名  電話番号  ＦＡＸ番号 | 医療機関名：  事務担当者名：  （保健所からの問合せに対応いただける方）  電話番号：  ＦＡＸ： |
| 医療機関確認事項  （必ず確認し、☑を記入して送信） | 特定医療費支給認定申請の手続に関して、  □ 受診者（保護者）の申請意思を確認した  □ 速やかに（FAX送信日から原則14日以内に）保健所へ申請をする必要があることを受診者（保護者）に説明した |
| 担当医師氏名  （指定医であること。） |  |
| 患者氏名  生年月日 | 生年月日：　　　　　年　　月　　日 |
| 患者住所  電話番号 | 電話番号：　　　　　－　　　　　－ |
| 指定難病名 |  |
| 送信日 | 送信年月日：　　　　　年　　　月　　　日　（　　） |
| 受理日及び受理者  （県記入欄） | 受理年月日：　　　　　年　　　月　　　日　（ 　 ）  受理者： |