

指定難病 新規申請に係る送信票（收受票）

※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	医療機関名：
事務担当者名	事務担当者名：
電話番号	(保健所からの問合せに対応いただける方) 電話番号：
FAX番号	FAX：
医療機関確認事項 (必ず確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 受診者（保護者）の申請意思を確認した <input type="checkbox"/> 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：