令和　　年　　月　　日

　結核患者療養費請求書（装具療法に用いる装具費）

大分県知事　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　 請求者住所

請求者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄：　　　　）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第　　　　条　　　　　　　の規定による医療費（装具療法療法に用いる装具費）を下記のとおり申請します。

記

　　１　請求金額　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　　２　患者氏名及び住所

　　　　（氏名）

　　　　（住所）

　　３　装具の種類等

|  |  |
| --- | --- |
| 装具の名称 |  |
| 装具の型式 |  |
| 価格 |  |

４　医師記入欄

　　上記装具は、患者（　　　　　　　）に結核治療に適合していることを証明します。

　　　結核指定医療機関名称 ：

　　　主治医名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　印

５　装具販売者（製造業者）記入欄

　　上記装具を、令和　　年　　月　　日納入しました。

　　　装具販売者（製造業者）名 ：

　　　住　　　　　　　　　 　所：　　　　　　　　　　　　　　 印