

感染症法の規定による骨関節結核装具療法に要する費用の請求書

令和 年 月 日

香川県知事 殿

下記のとおり補装具の装置を完了したので、感染症法第37条・第37条の2の規定に基づき関係書類を添えて請求します。

請求金額 (a)-(b) ¥

請求者 住所 氏名 電話 患者との続柄

内 訳

患者 住所 氏名 [大昭平令 年 月 日生 才] 記号番号 第 号 交付年月日 令和 年 月 日

病名

補装具 種目 型式 価格 円

公費負担額 (a) 円

社会保険等負担額 (b) 円

装具販売者(製造業者)名及び代表者名 上記装具を令和 年 月 日納入しました。

指定医療機関名及び医師名 上記装具を令和 年 月 日装着したことを証明します。

上記確認者 職・氏名 確認日 令和 年 月 日

支払の方法 口座振替 銀行 (支)店 現金払 隔地払 小切手

おねがい 1 希望する支払の方法の口の箇所にV印を付してください。 2 口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。 3 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。 4 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。 印影届