文書申込書兼同意書（公費申請用）

✿✿✿

私は、以下の内容を確認し、費用の支払いに同意した上で、診断書等を申込みます。

※申込者情報の「患者氏名」又は「申込者」に署名することで、同意書とさせて頂きます。

※太枠線内を記載してください。

申込日：　　年　　月　　日		**診察券番号：**	
ﾌﾘｶﾞﾅ **患者氏名** **（署名）**		**性別** **男 ・ 女**	**生年月日** **大正・昭和** **平成・令和**　　年　月　日
住所	**□ 公費受給者証と同じ(☑で住所記載省略可)** **※青森県外の方は記載して下さい。** **〒**		**連絡先電話番号**

○患者本人以外が申込する場合

ﾌﾘｶﾞﾅ 申込者 （署名）		続柄	連絡先電話番号

	申込書類区分	料金	必要部数	備　考
申込内容	自立支援（精神通院医療）診断書	2,750円 （税込）		92001
	精神障害者保健福祉手帳診断書	2,750円 （税込）		92001
	「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）			
	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業診断書	2,750円 （税込）		92001
	肝炎治療特別促進事業，肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業診断書	5,500円 （税込）		92003
	アフターケア実施期間の更新に関する診断書	5,500円 （税込）		92003
	石綿による健康被害の救済に関する法律　診断書	5,500円 （税込）		92003
	石綿による健康被害の救済に関する法律　受診等証明書	4,400円 （税込）		92007
	指定難病臨床調査個人票	4,400円 （税込）		92016・c0343
	小児慢性特定疾病医療意見書	4,400円 （税込）		92017・c0344
	その他（　　）※上記に準じた料金を適用			

受取方法	□　当院から自治体又は保健所へ郵送します。		
	□　郵送受取	→	□簡易書留希望　　切手及び封筒を準備してください □普通郵便希望　　切手及び封筒を準備してください
	□　窓口受取	→	受取来院予定日　　年　　月　　日

支払方法	□窓口払　（診断書完成後の受診日にお支払いをお願いします）
	□銀行振込　□郵便振替　□コンビニ　（診断書完成後、上記住所へ振込用紙を送付します）

注意事項

- **申込時は、本人確認資料として、公費受給者証の提示をお願いします。**
- 代理で申込み又は受取りをされる方は、来院時に**診察券及び公費受給者証**を確認させて頂きます。
- **料金は，診断書等の完成後にお支払い頂きます。**
- 文書作成にあたっては、**4週間～6週間程度**の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。
- 郵送を希望される場合は、送付先を記載し切手を貼った返信用封筒をご用意ください。

病院側記載

依頼診療科	受付担当者