

指 定 医 療 機 関 追 加 申 請 書

令和 年 月 日

奈良市保健所長 殿

申 請 者 住 所  
(患者又は保護者) 氏名

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の公費負担に伴う指定医療機関を下記のとおり追加したいので、患者票を添えて申請します。

患 者 氏 名	
公費負担の受給者番号	
承 認 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
既に指定されている 医療機関名	
追加する医療機関名	所在地
	名称
	担当医師名
追 加 予 定 年 月 日	令和 年 月 日から
追 加 理 由	(追記の病名を含め詳細に記入のこと)