

結核装具購入費請求書

年 月 日

大 阪 市 長 様

請 求 者
住 所
氏 名
(患者との関係)

印

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37条・第37条の2）により承認された医療費の装具購入に要した経費を次のとおり関係書類を添え請求します。

請 求 金 額	円	
患 者 氏 名	患 者 の 生 年 月 日	年 月 日
患 者 の 住 所	大 阪 市 区	
公費負担者番号	患者票の	年 月 日から
受 給 者 番 号	有 効 期 間	年 月 日まで
病 名	装 具 種 別	
医 療 機 関	所 在 地	
	名 称	
装 具 製 造 業 者 または販売業者	所 在 地	
	名 称	

(注意事項)

- この請求書には、請求金額の内訳がわかるように装具の名称、型式、構造等を記入した明細書等を添付してください。

年 月 日

本請求書の正当なることを認証する。

保健福祉センター所長

印