

別記第5号様式

骨関節結核装具料負担申請書（ 月分）

平成 年 月 日

保健所長 様

住 所

氏 名

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条の規定に  
第37条の2  
より、骨関節結核装具代金の負担を次のとおり申請します。

添付書類 別紙1 骨関節結核装具療法実施証明書  
別紙2 骨関節結核治療用装具見積書  
別紙3 納品書

請求金額 金 円

	法第37条患者		法第37条の2患者	
	件数	金額	件数	金額
請 求				
審 査				
決 定				

注 印欄は、記入しないこと。

(別紙1)

骨関節結核装具療法実施証明書

平成 年 月 日

所在地

指定医療機関 名称

氏名(所、院長)

印

次のとおり証明します。

公費負担者番号									患者名			
公費負担医療の 受給者番号									氏名			
									年齢	満 歳		
患者票有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	病名			
負担区分	法第37条の入院勧告患者 法第37条の2の結核患者							入(所) 院 年月日	平成	年	月	日
主治医の骨関節結核装具療法治療方針												
装具種目								型式				
固定部位												
主な材料												
装具使用年月日	平成 年 月 日から											
主治医氏名											印	
備考												

(別紙2)

骨関節結核治療用装具見積書

平成 年 月 日

保健所長 様

所在地

装具製作所 名称

氏 名

印

次のとおり見積りします。

患者氏名年齢	満 歳		患者住所		
装 具 種 目			型 式		
固 定 部 位					
主 な 材 料					
単 価	円	数 量	個	金 額	円
納入予定年月日	平成 年 月 日				
備 考					

(別紙3)

納 品 書

装 具 種 目	型 式	金 額	備 考

平成 年 月 日見積りました装具を上記のとおり納品しますから収納願います。

平成 年 月 日

所在地

装具製作所 名称

氏 名

印

適 合 証 明 書

上記の装具は、患者( )の結核治療に適合していることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

主治医氏名

印

受 領 書

上記の装具を受領しました。

平成 年 月 日

患者(又は保護者)

住 所

氏 名

印