

## 受診医療機関申請書

	医療機関名	医療機関所在地
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

### 備考

- 1 医療機関名は、診察券、薬袋等をご確認いただき、省略せずに正確に記載してください。
- 2 小児慢性特定疾病の治療で利用している病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションの全てを記載してください。原則として、記載がない医療機関では小児慢性特定疾病の医療受給者証を使用することができません。