医療券発行依頼書（訪問看護）

加古川市役所 生活福祉課　　FAX：079-421-2063

加古川市福祉事務所長 宛

年　　月　　日

医療機関コード			
医療機関名称			
住所			
電話番号		担当者	

患者氏名	生年月日	依頼月の最初の訪問日	指示書医療機関		備考 ※介護認定がある場合、特別指示期間または病名
			医療機関コード	医療機関名	
(例)加古 太郎	S25.1.1	R8.1.10	1234567	○○医院	R8.1.10 ～R8.1.23

注意事項

1　生活保護申請中に医療券等の発券はできません。
2　指示書医療機関の医療要否意見書審査承認後に発券します。
3　介護保険認定がある方の場合、備考欄に特別指示の期間（または病名（末期がん等））を記入してください。
4　特別指示による場合は、特別指示の期間のみ医療券を発行します。