東 区福祉・介護保険課 FAX 092-631-2191　 TEL 092-645-1067

**ＦＡＸ**

博多区福祉・介護保険課 FAX 092-441-1701　 TEL 092-419-1079

中央区福祉・介護保険課 FAX 092-715-5010　 TEL 092-718-1100

南 区福祉・介護保険課 FAX 092-512-8811　 TEL 092-559-5121

城南区福祉・介護保険課 FAX 092-822-0911 TEL 092-833-4102

早良区福祉・介護保険課 FAX 092-831-5723　 TEL 092-833-4353

西 区福祉・介護保険課 FAX 092-881-5874　 TEL 092-895-7064

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　 　年 　　月 　　日  （あて先）　 　　区長　様  指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（厚労省告示第６５号）第３条に「指定医療機関は、身体障害者等から、更生医療受給者証を提出して診療を求められたときは、その受給者証が有効であることを確めた後でなければ診療してはならない。」となっていますが、下記の理由により事前申請ができなかったことを申し添えます。  　申請書等については、後日、すみやか（１週間以内）に提出いたしますので、事務取扱方よろしくお願いします。なお、身体障害者手帳を所持していない方については、身体障害者診断書・意見書も併せて１週間以内に提出いたします。 | | | | | | |
|  |  | |  | 生年月日 | 大・昭・平・令  　　年　 　月 　　日 |  |
| 申請者住所 | | 〒 | | |
| 申請者連絡先  (携帯可) | | (　　　　) － |  |  |
|  | | 令和　　 年　 　 月　　 日 |  | 令和　　 年　 　 月　　 日 |
| 理　　　由 | | （事前申請ができなかった理由を簡潔に記載してください。） | | |
|  | | | | |  |
|  |  | | | |
|  | | | |
| 名　　　　　　　　　称  連絡先・連絡担当者氏名 | | | | |  |
|  | | | | | | |

《指定医療機関ご担当者様へ》

（１）ＦＡＸの送信は入院日(又は手術日)当日中もしくは直近の開庁日までにお願いします。

また、確認のため必ずFAX送信後または直近の開庁日に電話での連絡をお願いします。