

様式第3号

神戸市重度障害児者医療福祉コーディネート事業
情報登録書の医師確認にかかる文書料助成申請書

年 月 日

神戸市長 あて

住 所
氏 名
連絡先（電話番号）

神戸市重度障害児者医療福祉コーディネート事業情報登録書について、医師に確認を受けましたので、文書料の助成を申請します。

助成額 : 3,000 円

文書料の請求及び受領については、下記医療機関に委任します。

情報登録書確認依頼先医療機関名

所 在 地 :
名 称 :
代表者氏名 :

※注意

1. この文書料助成申請書（様式第3号）は、医療機関に提出してください。
2. 情報登録書の医師確認にかかる文書料の申請は、1人につき、1医療機関、1回限りです。確認が複数診療科にまたがる場合も、1回分の請求となります。但し、複数医療機関で確認を受けた場合は、医療機関ごとに申請ができます。