

文書交付 申請書

受付	
担当PSW	

申込年月日 年 月 日

患者番号		担当医師	先生
フリガナ			
患者氏名		受取方法 下記①の書類の場合	
申込者 (本人以外)	身分証明書のご提示をお願いしております。 (続柄:)	<input type="checkbox"/> 来院	身分証明書をご持参ください。 文書料金はお受取りの際にお支払いください。
連絡先 (電話番号)	- - (出来上りの連絡:要・不要)	<input type="checkbox"/> 郵送 (※別途費用 がかかります)	返信用封筒に宛先を記入し、郵送料404円の切手を貼付けしてください。 文書料金は後日請求書を発送します。診断書はお支払いの確認ができ次第郵送します。

※診断書が出来上がりましたら、お申込時の連絡先にご連絡いたします。

ただし、郵送での受取りを希望された方には電話での連絡はいたしませんのでご了承ください。

※生活保護受給中で、料金のご負担が難しい場合はお早めに福祉事務所地区担当の方へ連絡をお願いします。

都合により一旦料金をご負担いただく場合がございますのでご了承ください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

① 診断書の種類及び証明期間

普通診断書	3,300円 ×	通	備考(証明期間等)
保険会社の診断書	7,700円 ×	通	
傷病手当金請求書	100点 ×	通	
②外来: 交付日の算定のため交付は平日と土曜(AM)			
障害年金診断書 (新規)	9,900円 ×	通	
障害年金診断書 (更新)	5,500円 ×	通	
医療費支払証明書	1,100円 ×	通	
その他 ()	円 ×	通	

領収確認済(預かり金からの支払について 希望する・希望しない)

受取日 郵送日	年 月 日	受取者署名	身分証明書のご提示をお願いしております。	確認者	
------------	-------	-------	----------------------	-----	--

② 役所へ直接郵送

自立支援医療費申請書 (新規・更新)	3,300円 ×	通	備考
精神障害者保健福祉手帳 (新規・更新)	6,380円 ×	通	
被爆体験者診断(1・2・3・4)二種番号()	円 ×	通	

領収確認済(預かり金からの支払について 希望する・希望しない)

郵送先	<input type="checkbox"/> 長崎市障害福祉課 <input type="checkbox"/> 長崎市調査課拡大地域支援係 <input type="checkbox"/> 他()				
郵送日	年 月 日	受取者署名 (郵送時不要)		確認者	