

年 月 日

文京区長 殿

### 医療機関の受診に関する申出書

〒

申請者（保護者） 住 所 文京区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

訪問型病児・病後児保育利用料助成申請に伴い、医療機関に受診したことを、下記のとおり申出ます。なお、申請にあたり文京区が申請内容確認のため、利用した医療機関へ照会することに同意いたします。

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒
電話番号	( ) —
診察券番号	
対象児童氏名	
受診日	平成 年 月 日
特記事項 差支えない範囲で病名などの診察結果をご記入ください。	