

自立支援医療（更生医療）措置変更申請書

年 月 日

佐世保市福祉事務所長 様

記

受診者氏名		公費負担者番号	1	5	4	2	0	0	2	9
生年月日		受給者番号	0	0						
受診者住所		自己負担上限額								円
措置変更理由及び変更内容										
.....										
.....										
.....										
注：医療内容に変更がある場合は、必ず更生医療意見書も要する。										
変更を要する期間	年 月 日 ~									
変更を依頼する医療機関名										

上記のとおり、自立支援医療（更生医療）の措置変更を申請します。

申請医療機関名

医師氏名

印

自立支援医療（更生医療）措置変更同意書

年 月 日

自立支援医療（更生医療）措置変更に同意し、上記の者の治療を引き受けます。

指定自立支援医療機関名

所在地

医師氏名

印