自立支援医療（更生医療）措置変更申請書

令和　　年　　月　　日

　雲仙市福祉事務所長　　殿

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者氏名 |  | | 受給者番号 |  |
| 生年月日 |  | | 自己負担上限額 |  |
| 受領者住所 |  | | | |
| 措置変更理由及び変更内容 | | | | |
| 変更を要する期間 | |  | | |
| 変更を依頼する医療機関名 | |  | | |

上記の通り、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

　　　　　　　申請医療機関所在地

　　　　　　　医師氏名

自立支援医療（更生医療）措置変更同意書

令和　　年　　月　　日

自立支援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

　　　　　　　指定医療機関住所

　　　　　　　医師氏名