

様式第6号

指定自立支援医療機関一時的変更申請書（更生医療）

年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者
住所
氏名

次のとおり、指定自立支援医療機関の一時的変更について申請します。

受給者番号		受診者氏名	
個人番号			
一時的に変更する指定自立支援医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
受診予定日	年 月 日 ～ 年 月 日		
一時的変更が必要な理由			