

指定自立支援医療機関一時の変更申請書（更生医療）

平成27年 4月 1日

(宛先) 旭川市長

受診者の名前で記入 印鑑はシャチハタ以外で押印	申請者	
	住所	旭川市6条通9丁目
	氏名	旭川 太郎 ㊞

次のとおり、指定自立支援医療機関の一時の変更について申請します。

受給者番号	0000001	受診者氏名	旭川 太郎
一時的に変更する指定自立支援医療機関	名称	〇〇〇病院	
	所在地	東京都〇〇〇〇〇〇〇	
	電話番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
受診予定日	平成27年 4月 10日 ~ 平成27年 4月 10日		
一時的変更が必要な理由	旅行のため、冠婚葬祭のため、出張のため…etc		