

様式第15号(第3条関係)

保 護 変 更 申 請 書 (傷 病 届) 1医療 2治療材料 3施術(柔道整復、あん摩・マッサージ、はり、きゅう) 4移送				
※ 番 号			※ 受 理 年 月 日	年 月 日
患 者 氏 名	男 ( 歳 ) 女	居 住 地		
世 帯 主 氏 名		現 在 受 け て い る 扶 助	生・住・教・介・医・その他	
病 状 及 び 理 由	(病状及び理由)  (受診医療機関名)			
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 あわら市福祉事務所長 様 <span style="float: right;">年 月 日</span> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     申請者 {                     <ul style="list-style-type: none"> <li>住所</li> <li>氏名</li> <li>患者との関係</li> </ul> </div>				

(記入上の注意)

- 1 ※印欄には記入しないでください。
- 2 申請者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

----- 切 り 取 り 線 -----

診 療 依 頼 書

番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日発行)

医 院  
病 院 様

あわら市福祉事務所

下記患者について外来診療をお願いします。  
 なお、医療券は後日福祉事務所から交付されますからそれまで本書を保存してください。

- 1 入院を要する場合又は引き続いて3箇月以上診療を要する場合には、医療要否意見書によって福祉事務所へ連絡してください。
- 2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、学校保健安全法その他の法律に係る場合は、その手続をしてください。
- 3 患者の 住 所  
氏 名  
生年月日