

指 定 医 療 機 関 変 更 申 請 書

令和 年 月 日

奈良市保健所長 殿

申 請 者 住 所
(患者又は保護者) 氏名

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の公費負担に伴う指定医療機関を下記のとおり変更したいので、患者票を添えて申請します。

患 者 氏 名	
公費負担の受給者番号	
承 認 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変更後の医療機関名	
変更後の医療機関名	所在地
	名称
	担当医師名
変 更 予 定 年 月 日	令和 年 月 日から
変 更 理 由	(詳細に記入のこと)