

承認医療内容変更届

令和 年 月 日

奈良市保健所長 殿

指定医療機関 所在地
名 称
医師名

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に基づく公費負担の内容について下記のとおり変更したいので、患者票を添えて届け出ます。

患 者 住 所	
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
承認された医療内容	
変更後の医療内容	
変更予定年月日	令和 年 月 日
収容の場合の変更内容	
変 更 理 由	