

様式第9号

指定養育医療機関変更申請書										
公費負担者番号									本人名	
公費負担医療の 受給者番号									個人号	
指定養育医療機関	変更前	名称								
		所在地								
	変更後	名称								
		所在地								
変更年月日		年 月 日								
変更を必要とする理由										
<p>上記のとおり指定養育医療機関の変更を必要と認める。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師氏名</p>										
<p>上記のとおり指定養育医療機関の変更を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 〒</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>(あて先) 川口市長</p>										

※太枠内は指定養育医療機関でご記入ください。