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									本人氏名	
公費負担医療の受給者番号										

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			

上記のとおり指定養育医療機関の変更を必要と認める。

年　　月　　日

指定養育医療機関
の名称及び所在地
担当医師氏名

上記の理由により指定養育医療機関の変更を必要とするので申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所　〒

氏　名

本人との続柄

（あて先）川口市長

※太枠は指定養育医療機関でご記入ください。