様式第13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、きゆう)　4移送 | | | | | | | | |
| ※番号 |  | |  | | | | ※受理年月日 | 年　月　日 |
| 患者氏名 | | | (　歳) | | 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 | |
| 病状および理由 | | (病状および理由)  (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。 | | | | | | | | |
| 健康福祉センター所長　様 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 申請者 | | | | | | 住所  氏名  患者との関係 | | |

(記入上の注意)

　　※印欄には記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 切り取り線 |  |
|  |  |

診療依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 番号 | (　　　　年　　月　　日発行) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医院  病院 | 様 | 健康福祉センター  町役場 | 担当者名 |

　下記患者について外来診療をお願いします。

　なお、医療券は後日健康福祉センター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　入院を要する場合または引き続いて3月以上診療を要する場合には医療要否意見書によつて健康福祉センターへ連絡してください。

　2　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)、学校保健安全法(昭和33年法律第56号)、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(平成10年法律第114号)その他の法律の規定による手続を要する場合にはその手続を行つてください。

　3　患者の　住所

　　　　　　氏名

　　　　　　生年月日