

年 月 日

医療内容(収容期間)変更申請書

東京都知事 殿

患者(保護者)氏名

承認を受けた病院又は診療所への収容期間を変更する必要が生じたので、医師の意見書及び患者票を添えて申請します。

意見書及び患者票

患者住所							
患者氏名							
公費負担者番号			1	3			病名
公費負担医療の受給者番号							
有効期間	年 月 日から			年 月 日まで			
承認されている医療(収容期間)	年 月 日から			年 月 日まで			
変更する医療(収容期間)	年 月 日から			年 月 日まで			
変更を必要とする理由							
指定医療機関名称所在地 医師氏名	年 月 日						

※署名または記名押印のこと