

保護変更申請書(移送)

(令和 年 月分)

|  |   |              |           |               |  |        |       |  |  |
|--|---|--------------|-----------|---------------|--|--------|-------|--|--|
| 患者氏名   |   |              |           | 居住地           |  |        |       |  |  |
| 世帯主氏名  |   |              | 現在受けている扶助 | 生 住 教 医 介 その他 |  |        |       |  |  |
| 主訴及び理由   |   |              |           |               |  |        |       |  |  |
| 通院日数   | 日 | 利用した<br>交通機関 |           |               |  | 利用した区間 |       |  |  |
| 1回の料金(片道)  | 円 |              | 合計金額      | 円             |  |        |       |  |  |
| 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。<br>令和 年 月 日<br>横手市福祉事務所 様<br>住 所<br>申請者氏名<br>患者との関係 |   |              |           | 受 理 年 月 日     |  |        |       |  |  |
|  |   |              |           | 横手市福祉事務所      |  |        | 地 域 局 |  |  |
|  |   |              |           |               |  |        |       |  |  |

外来診療状況証明書

(令和 年 月分)

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

※通院日に印鑑を押してください。

患者名

について、上記のとおり外来診療したことを証明します。

令和 年 月 日

指定医療機関の  
所在地及び名称  
院(所)長

印