

生活保護法による保護（変更）申請書（移送）

区 分	1 通院	2 デイケア	3 社会適応訓練	4 断酒会	5 その他
(患者・参加者氏名)			(歳) 男・女	(居住地)	
(世帯主氏名)			(現在受けている扶助) 生活・住宅・教育・医療・その他		
(通院等の理由)					
申請 内 訳	(日数) 日	利用した交通機関 バス・鉄道・その他	(利用区間 ～ (経由)		
	(1回の料金(片道))	(合 計 金 額)	備考		
上記のとおり生活保護法による保護を申請します。					
年 月 日 (宛先) 秋田市福祉事務所長 申請者住所 氏 名 (被保護者との関係)					

通院、勤務又は参加証明書

開催場所（通院の場合は不要）																
通院し、勤務し、又は参加した日に印をつけてください。																
月	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	
上記のとおり通院し、勤務し、又は参加し、その必要性があったことを証明します。																
年 月 日 医療機関又は 事業所等の名称 職および氏名																

※ 通院証明の場合のご注意

この証明は、指定医療機関医療担当規程（昭和25年8月23日厚生省告示第222号）第7条の規定により、無償でお願いします。

秋田市福祉事務所受付年月日

--	--

