

保護変更申請書（傷病届）

地区担当	医療担当

地区番号 _____ 受理年月日 _____

_____ 区 ケースNo. _____ 発行年月日 _____

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・きゅう） 4 移送

患者の氏名	男 女	世帯主の氏名	
T S H R 年 月 日生			
住所又は居所			
指定医療機関名又は 指定施術業者名			
病状及び理由（くわしく書いて下さい。）			
医療又は施術 必要年月日	外来 令和 年 月 日から	入院 令和 年 月 日から	
現在受けている 扶助の種類	生活・住宅・教育・医療・その他		
社会保険の有無	有 ・ 無		
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。 令和 年 月 日 （宛先）秋田市福祉事務所長 住 所 申請者 氏 名 印 受給者との関係			

※ 発行取扱者

印