

様式第9号（第6条関係）

指定養育医療機関変更申請書										
公費負担者番号										本人 氏名
公費負担医療 の受給者番号										
指定養育医療機関	変更前	名 称								
		所在地	〒							
	変更希望先	名 称								
		所在地	〒							
変更年月日		年            月            日								
変更を必要 とする理由										
<p style="text-align: center;">上記の理由により指定養育医療機関を変更したいので申請します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年            月            日</p> <p>(宛先) 入間市長</p> <p style="text-align: center; margin-left: 100px;">届出者 住    所    〒</p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">氏    名</p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">電話番号</p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">本人との続柄</p>										