|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業  受診医療機関（変更・追加）申請書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受  給  者 | 受給者番号 | | |  | | |  |  |  |  |  |  | 有効期間 | 自　令和 　 　年　　　月　　　日  至　令和 　　 年　　　月　　　日 | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |  |
| 住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 追医  加療  す機  る関 | | １ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| ２ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| ３ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 取医  り療  や機  め関  る | | １ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| ２ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| ３ | 名　称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更・追加年月日 | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 　から | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、受診医療機関を変更・追加したいので申請します。  　　　令和　　　年　　　月　　　日  申請者　住所  氏名 （本人との続柄　　　　　　　　　　）  （電話　　　　－　　　－　　　　　）  滋賀県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | |

　(注)医療受給者証を添付して下さい。