|  |
| --- |
| 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。