様式第２６号（第５条関係）

受付 年 月 日

生活保護法による保護変更申請書
（傷病届）

医・歯・治・柔・あ・は・移・調　　―

令和　　年　　月　　日

春日部市福祉事務所長　あて

住　所　春日部市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者との関係　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり生活保護法による保護の変更（医療扶助）を申請します。

患者	氏名		居住地	春日部市	
	生年月日等	年　月　日（　）歳　男　・　女		世帯主	
現在受けている扶助		生・住・教・医・その他	社会保険	本人・家族・継続本人・継続家族・無	
病状・理由			受診先		
			薬局名		
			受診（予定）日	年　月　日	

福祉事務所記入欄

意見書	（入院・外来・精入）　医療要否意見書 （治材・施術・移送）　給付要否意見書 （　　）　公費負担請求書	傷病届処理簿（発行）番号	
		備考	

医療扶助決定伺書

決裁	課長	主幹	主査	担当	開始・停廃止・変更決定理由
					医療券・調剤券（入・外）発行　新規・変更 続柄　氏名 病名 期間　年　月　日～　年　月　日 ・社会保険　有　・　無 ・ 医療機関名　〔単・併〕
処理		医療・統計	決裁日		

発券	給付券発行承認期間：（　年　月　日～　年　月　日）・（　年　月　日～　年　月　日）					
	年４月分 発券　月　日	年５月分 発券　月　日	年６月分 発券　月　日	年７月分 発券　月　日	年８月分 発券　月　日	年９月分 発券　月　日
	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印
	給付券発行承認期間：（　年　月　日～　年　月　日）・（　年　月　日～　年　月　日）					
	年10月分 発券　月　日	年11月分 発券　月　日	年12月分 発券　月　日	年１月分 発券　月　日	年２月分 発券　月　日	年３月分 発券　月　日
	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印	直送　受領　印