受付年月日

決裁	所長	次長	課長	査察指導員	地区担当員
	課長専決				

生活保護法による保護変更申請書（傷病届・移送費）

※申請者記入欄

令和　　年　　月　　日

埼玉県秩父市福祉事務所長　様

申請者　住所　秩父市

氏名

患者との続柄

下記のとおり、生活保護法による保護の変更（医療扶助・移送費）を申請します。

患者氏名	※ 申請者本人の場合は記入不要　T・S・H・R　年生（　歳）	性別	男・女
移送費を必要とする理由			

通院移送費所要額

乗車の種類	区間	日数	往復料金	所要額	
バス・電車 その他（　　）	～	日	円	円	合計
バス・電車 その他（　　）	～	日	円	円	円

※医療機関記入欄

_月分通院証明書　【通院回数:　　回】

（医療機関の証明㊞を受けてください。）

1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日
16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日

31日

上記のとおり通院したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名：　　担当医師名：