第16号様式(第15条関係)

町田市患者医療機関変更届

年　　月　　日

町田市長　　様

住所
患者氏名
保護者氏名

医療を受ける医療機関を変更しましたので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第20条の3第5項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

変更後の医療機関
所在地
名称
変更前の医療機関
所在地
名称

公費負担者番号									患者氏名	
公費負担医療の受給者番号										
有効期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで									