

様式 5

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業承認事項（変更・追加）申請書

令和 年 月 日

（あて先）

保健所長

住所

申請者

氏名

（続柄 : ） 印

次のとおり、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業承認事項の（変更・追加）を申請します。

受 給 者 番 号	
患 者 氏 名	
生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日

変 更 事 項〔 1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 医療機関 〕
 変更年月日 令和 年 月 日から 1. 変更 2. 追加

項 目	変 更 前	変 更 後
フリガナ 氏 名		
住 所		
加入医療保険		
医療 機 関	名 称	
	所 在 地	

※ 注意事項

1. 変更事項の 1 から 4 の該当する番号に○をつけてください。
2. 変更事項が 2 の場合は住民票の写し、3 の場合は保険証の写しを添付してください。
3. 医療機関追加の場合は、すでに承認されている医療機関も記載してください。