申　　立　　書

 令和　　年　　月　　日

 　　様

 住所

 氏名

 連絡先電話番号

 健康管理手帳番号

 医療手帳番号

 次の理由により，指定医療機関で医療を受診することが困難なため，次の医療機関を毒ガス障害者に対する救済措置要綱第５項の規定により指定医療機関に準じたものとして取り扱いくださるようお願いします。

（理由）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

（医療機関の名称）

（所在地）

（電話番号）