

: 記入箇所

申 述 書

令和 年 月 日

(宛先) 佐倉市長

受給者番号	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
生年月日	T・S・H・R 年 月 日

私は、自立支援医療（更生医療）の申請について、前回申請時より、病状の変化及び治療方針の変更がないことを申し述べます。