

<p>昭和・平成・令和 1年 5月 10日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 XYZ大学医学部附属病院</p>	<p>左の期間の状況 (無職 : 29歳から30歳) 大学病院に発達障害に詳しい先生がいるとの噂を聞きつけ、令和元年5月からLMN 大学医学部附属病院に転院。障害に対する治療参加で月2回のペースで受診し、 新薬の投与を受けた。しかし思ったほどの効果はなく、時間だけが過ぎていっ た。このままではいけない、何とかしなければと思うているが、就労に対する 恐怖心があり、行動ができない。又、人間関係は だけであり、外出しての買い物などもできない。家に引きこ もっている状態である。</p>
<p>昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
<p>昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
<p>昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
<p>昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>
<p>昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p>

上記のとおり相違ないことを申し立てます。令和

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

&年 &月 &日

請求者 現住所

代筆者 氏名
請求者からみた続柄 ()

氏名
電話番号 — —

印