

様式第8号（第5条関係）

養育医療変更承認申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者 住所
本人との続柄
氏名

養育医療の受給内容を変更したいので、次のとおり申請します。

公費負担医療 の受給者番号							交付年月日	年 月 日
受療者氏名								
扶養義務者 氏名							本人との 続柄	
保険者名							被保険者証等の 記号及び番号	
意見欄								
変更の内容	継続	既承認期間	年 月 日～ 年 月 日					
		継続予定期間	年 月 日～ 年 月 日					
		継続を必要とする理由						
	転医	既承認指定養育 医療機関名						
		転医予定期間	年 月 日～ 年 月 日					
		転医先指定養育 医療機関名						
		転医を必要とする理由						
	出生時の体重	g						現在の体重
上記のとおり診断します。								
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">指定養育医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>								