様式第７号(第４条関係)

袖ケ浦市養育医療変更承認申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公費負担医療の受給者番号 | 　 | 交付年月日 | 　 |
| 受療者名 | 　 |
| 扶養義務者氏名 | 　 | 本人との続柄 | 　 | 被保険者証等の記号、番号及び保険者名 | 　 |
| 　養育医療の受給内容を変更したいので、母子保健法に基づく養育医療の給付等に関する規則第４条第１項の規定により申請します。年　　月　　日　　　　袖ケ浦市長　　　　様申請者　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　(本人との続柄　　　)　 |
| 意見欄 |
| 変更の内容 | 継続 | 既承認期間 | 　 |
| 継続予定期間 | 　 |
| 転医 | 既承認指定養育医療機関名 | 　 |
| 転医予定期間 | 　 |
| 変更を必要とする理由 | 　 | 出生時の体重 | 　 |
| 現在の体重 | 　 |
| 　上記のとおり診断します。年　　月　　日　 |
| 指定養育医療機関 | 所在地名称 |
| 医師　　 | 氏名　　　　　　　　　　　 |