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 | | |