|  |
| --- |
| 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 |  |
| 乳児氏名受療者氏名 |  |
| 　養育医療の受給内容を変更したいので、流山市未熟児養育医療の給付等に関する規則第６条第１項の規定により申請します。　　　　　　年　　月　　日申請者住所　　　　　　　　　　乳児との続柄　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　 　　　印　　（宛先）流山市長　　　　　 |
| 意　　　　　見　　　　　欄 |
| 変更の内容 | 継　続 | 既承認期間 | 　 年　 月 　日　から　　　 年 　月 　日　まで |
| 継続予定期間 | 　 年　 月 　日　から　　　 年 　月 　日　まで |
| 転　院 | 既承認指定養育医療機関名 |  |
| 転院予定期間 | 　 年　 月 　日　から　　　 年 　月 　日　まで |
| 変更を必要とする理由 |  | 出生時の体重 | ｇ |
| 現在の体重 | ｇ |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　年　　月　　日所在地指定養育医療機関　名　称所在地名　称　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　 　 　印　 |

第６号様式（第６条関係）

注　申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。