|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。