

養育医療変更承認申請書											
公費負担 医療受給 の受給者 番号										交付年月日	
受療者氏名											
扶養義務者 氏 名		本人 との 続柄			被保険者証等 の番号、記号 及び保険者名						
<p>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低 体重児の届出、松戸市母子保健法施行細則第6条第1項の規定に より申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 本人との続柄 申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 松戸市長</p>											
意 見 書											
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 医	既承認指定養 育医療機関名									
		転医予定期間	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		
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 指定養育医療機関 名称 医師氏名 印</p>											