

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			
--------------	--	--	--	----------------	--	--	--	----------------------------	--	--	--

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。

年 月 日

申請者住所
本人との続柄
申請者氏名 印

(宛先) 松戸市長

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

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
医師氏名 印