第８号様式

<table>
<tr><td colspan="12">養育医療変更承認申請書</td></tr>
<tr><td>公費負担医療受給の受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>交付年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受療者氏名</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>扶養義務者氏名</td><td colspan="3"></td><td>本人との続柄</td><td></td><td>被保険者証等の番号、記号及び保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="12">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４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
（宛先）松戸市長</td></tr>
<tr><td colspan="12">意　見　書</td></tr>
<tr><td rowspan="4">変更の内容</td><td rowspan="2">継続</td><td colspan="2">既承認期間</td><td colspan="8">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">継続予定期間</td><td colspan="8">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">転医</td><td colspan="2">既承認指定養育医療機関名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="2">転医予定期間</td><td colspan="8">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更を必要とする理由</td><td colspan="5" rowspan="2"></td><td colspan="3">出生時の体重</td><td>g</td></tr>
<tr><td colspan="3">現在の体重</td><td>g</td></tr>
<tr><td colspan="12">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</td></tr>
</table>