

様式第6号 (第8条関係)

市 川 市 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		
受療者氏名											
扶養義務者 氏名					乳児との 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、市川市母子保健法に基づく低体重児の届出、未熟児に対する養育医療の給付等に関する規則第8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; margin-right: 10%;">申請者住所 乳児との続柄 申請者氏名</p> <p style="text-align: left; margin-left: 10%;">市川市長</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: center;">指定養育医療機関 所在地 名称 医 師 氏名 Ⓔ</p>											