

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				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>年 月 日</p> <p>申請者住所 乳児との続柄 申請者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>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>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 所在地 名称 医 師 氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>										

(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。