

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、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。										
年 月 日										
申請者住所										
乳児との続柄										
申請者氏名										
市川市長										
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										
指定養育医療機関					所在地					
					名称					
医 師					氏名					
Ⓜ										