第１１号様式（第８条第１項）

|  |
| --- |
| 養育医療変更承認申請書 |
| 公費負担医療の受給番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 本人氏名 |  |
| 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習志野市母子保健法に基づく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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　習志野市長　　宛て |
| 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　　　　　　　　　　 |