

様式第 12 号 (第 7 条関係)

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	令和 年 月 日	
受療者氏名											
保 護 者 氏 名				本人と の続柄				被保険者等の 記号及び番号 並びに保険者名		記 号： 番 号： 保険者名：	
養育医療の受給内容を変更したいので、いすみ市母子保健法施行細則第7条第1項の規定により申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 受療者との続柄 いすみ市長 様											
意 見 書											
変更の内容	継 続	既承認機関		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
		継続予定期間		令和 年 月 日から 令和 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		令和 年 月 日から 令和 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。 令和 年 月 日 指定養育医療機関 所 在 地 名 称 電話番号 医 師 氏 名											