別記第11号様式（第5条第1項関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | |
| 受療者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者  氏　　　　名 | |  | | | | | | 本人と  の続柄 | | | |  | | 被保険者等の  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、母子保健法に基づく低体重児の届出、養育医療の給付等に関する規則第５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  申請者氏名　　　　　　　　印  　多古町長　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意　　　　　見　　　　　欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | グラム | |
| 現在の体重 | | グラム | |
| 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　称所在地名　称  医　　　　　　師　氏　名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。