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。