別記第12号様式（第5条第2項関係）

養育医療変更承認書

第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　多古町長　　　　　　　印

年　　月　　日付けで申請のあった養育医療の給付内容の変更について、

次のとおり承認します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更の内容 |  |