別記第9号様式（第4条第2項関係）

養育医療費用支給承認書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

多古町長　　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあつた母子保健法第20条第１項の規定による養育医療に要する費用の支給について、次のとおり承認します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者氏名 | |  | | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 承認内容 | 看護 | 看護の期間 | 年　　　　月　　　　日から  年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | | |
| 費　用　額 | 日額　　　　　　　　円　　総額　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 移送 | 移送区間 |  | | | | | | | | | |
| 移送方法 |  | | | | | | | | | |
| 移送年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 費　用　額 | 円 | | | | | | | | | |