別記第8号様式（第4条第1項関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療費用支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受療者氏名 | | | |  | | | 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医　師　の　意　見 | 看護を必要とする期間 | | | | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |
| 移　送 | 移送区間  移送方法  移送年月日 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 看護又は移送を  必要と認める事由 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 費用見積額 | | | | 円（看護の場合の日額　　　　円） | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  所在地  指定養育医療機関  名　称  医　　　　　　師　氏　名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| やむを得ない理由で  事後において申請するときはその理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 養育医療に要する費用の支給を受けたいので、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４条第１項の規定により、上記のとおり申請します。  　　　　　　年　　月　　日  住　所  申請者  氏　名　　　　　　　　　印  多古町長　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　受　付  年　　月　　日年月日 | | |  | | | | 決　　定  年月日 |  | | | | | | | | |

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。