

様式第9号（第6条関係）

養育医療変更承認申請書										
公費負担医療 の受給番号								交付年月日		
受療者氏名										
扶養義務者 氏 名				本人と の続柄			保険者等の名称並 びに医療保険各法 の記号及び番号			
<p>養育医療の受給内容を変更したいので、佐倉市母子保健法施行細則第6条第1項の規定により申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 本人との続柄</p> <p>(宛先) 佐倉市長</p>										
意 見 書										
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	g		
							現在の体重	g		
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 指定養育医療機関 名 称 医 師 氏 名</p>										