

年 月 日

養育医療変更承認申請書

柏市長あて

養育医療の受給内容を変更したいので、関係書類を添えて下記のとおり申請

申請者	住 所	郵便番号 (-) 電話番号 ()
	ふりがな	
	氏 名	(自署しない場合は記名押印)
	受給者との続柄	

します。

記

受給者番号		交付年月日	年 月 日
ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日生
受給者氏名		本人との 続柄	
扶養義務者 氏名		保険者等の 名称	
加入医療保険 被保険者証等 の記号・番号			

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

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

医師氏名

(自署しない場合は記名押印)