

第10号様式

養育医療費用支給承認申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

養育医療に要する費用の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受 給 者 番 号							
未 熟 児 氏 名							申 請 者 との 続 柄
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							
医 師 の 意 見							
移送	移 送 区 間						
	移 送 方 法						
	移 送 年 月 日	年 月 日					
移送を必要と認める事 由							
費 用 見 積 額		円					
<p>上記のとおり診断します。 年 月 日</p> <p>所在地 名称 指定養育医療機関 電話番号 医師の氏名</p>							