

## 第7号様式

## 養育医療給付変更承認申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

養育医療の受給内容(養育医療券の有効期間・指定養育医療機関)の変更の承認を受けた  
いので、下記のとおり申請します。

## 記

受 給 者 番 号								交 付 年 月 日		年 月 日	
未 熟 児 氏 名								申 請 者 との 続 柄			
医 師 の 意 見											
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 の 名 称									
		転 医 予 定 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称									
		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  指定養育医療機関 所在地 名 称 電 話 番 号 医師の氏名											