

継 続
養育医療給付 申請書
内容変更

公費負担者 番号	2	3	4	0	6	1	1	9	受給者 番号							
本人氏名									生年月日	. . 生						
保護者氏名									電話	()						
住所																
担当医師氏名									印	疾病名						
協 議 事 項	継続又は内容変更 の理由															
	医療券の有効期限					年			月			日から				
	変更を要する期間					年			月			日まで				
	医療の具体的方針															
	変更する医療機関 の所在地及び名称															
上記のとおり証明します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 年 月 日 指定医療機関所在地： 名称： 代表者名： </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 印 </div>																

上記のとおり申請します。

筑後市長様

年 月 日
 保護者 住所：

氏名：



養育医療給付

継続

内容変更

申請書

継続・・・医療券の期間を延長する場合
内容変更・・・転院により病院を変更する場合
いずれかに丸囲みをしてください。

公費負担者 番号	2	3	4	0	6	1	1	9	受給者 番号	医療券の受給者 番号を記載。			
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	-------------------	--	--	--

本人氏名	赤ちゃんの氏名と生年月 日を記載。	生年月日	. . . 生
------	----------------------	------	---------

保護者氏名	保護者の氏名（申請書の保護者 欄に同じ）と連絡先を記載。	電話	()
-------	---------------------------------	----	-----

住所	赤ちゃんの住民票の住所地を記載すること
----	---------------------

担当医師氏名	印	疾病名
--------	---	-----

協議事項	継続又は内容変更 の理由	
	医療券の有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
	変更を要する期間	年 月 日まで
	医療の具体的方針	
	変更する医療機関 の所在地及び名称	

上記のとおり証明します。

年 月 日

指定医療機関所在地：
名称：
代表者名： 印

上記のとおり申請します。

筑後市長様

この太線部分は、担当医師が（病院にて）記載してく
ださい。なお、担当医と代表者の印を忘れないように
お願いします。

提出される日付および保
護者（上記保護者欄と同
じ）の住所、氏名を記載
し、押印ください。

平成25年5月2日

保護者 住所：筑後市大字山ノ井898番地

氏名：筑後 太郎

印