第　　　　　号

年　　月　　日

指定養育医療機関院長　　様

長洲町長

養　育　医　療　受　給　者　決　定　通　知　書

　このことについて、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | |  | | | | | |
| 受給者番号 | |  | | | | | |
| 医療券交付年月日 | |  | | | | | |
| 受　療　者 | フリガナ |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | | 性　　別 | |  |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 認　定　内　容 | 指定養育  医療機関 | 名　称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 認定期間 |  | | | | | |
| 申請区分 | 新規申請 | | 継続申請 | | 移送申請 | |