様式第５号

養育医療給付継続（変更）承認書

第　号

　　　　　　　　　　　　　　様

 　　　　年　　月　　日付けで提出された養育医療給付継続（変更）協議については、次のとおり承認します。

 　　年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八　頭　町　長

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  交付 年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 養育券 | 受療者氏名 |  |  生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  |  住所 |  |
| 有効期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |  日数 |  日間 |
| 承認期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |