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 | | | | | | | | | | | |