様式第８号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付児童退院報告書  　　　　年 月 日  八頭町長 様  指定養育医療機関  院（所）長名 印  次のとおり、養育医療給付の児童が退院しました。 | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 受療者氏名 |  | | | | | | | | |
| 申請者の住所および氏名 |  | | | | | | | | |
| 退院年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 快 復 の 状 況 | | | | | | | | | |