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 |