様式第７号(第４条関係)

年　　月　　日

（宛先）さいたま市保健所長

申請者　住　　所（〒　　－　　）

氏　　名

電話番号

本人との続柄

指 定 養 育 医 療 機 関 変 更 申 請 書

指定養育医療機関を変更したいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">本人
氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担医療
の受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更前指定医療機関の名称
及び所在地</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">担当医師の意見</td><td>転院の理由及び意見</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">転院年月日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="11">転院については、上記のとおりです。
年　　月　　日
指定養育医療機関の名称及び所在地
〒
医療機関コード
電　話　番　号
担当医師氏名</td></tr>
</table>