

別記様式第10号(第9条関係)

未 熟 児 退 院 等 届

公費負担者番号		受給者番号	
受給者氏名		生年月日	年 月 日生
養育医療給付期間	年 月 日から		年 月 日まで
出生時の体重	グラム	退院時の体重	グラム
退院時所見			
転 帰	軽快 ・ 転院 ・ 死亡 ・ 有効期間満了 ・ その他		
転院の理由	転院先で引き続き養育医療の給付による入院医療が必要な場合のみ記入		
退院年月日	年 月 日		

関係書類を添えて、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定養育医療機関 名称

所在地

医師名

榛 東 村 長 様