

様式第9号（第9条関係）

| 未熟児退院届 | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|--|---------|--|---|-----------------|---|---|---|
| 公費負担者 番号 | | | | | | | | | | |
| 受給者 番号 | | | | | | | | | | |
| 受療者氏名 | | | | | | | 生年 月日 | 年 | 月 | 日 |
| 養育医療給付期間 | 年 月 日から | | | 年 月 日まで | | | | | | |
| 出生時体重 | | | | | | g | 養育医療給付 退院時体重 | | | |
| | | | | | | | | g | | |
| 退院時所見 | | | | | | | | | | |
| <p>転帰</p> <p>軽快 ・ 転院 ・ 死亡 ・ その他()</p> | | | | | | | | | | |
| <p>転院の場合その理由 (引き続き養育医療による入院加療を必要とする場合のみ記載してください。転院先での加療が養育医療の対象でない場合は不要です。)</p> | | | | | | | | | | |
| 退院年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 名称</p> <p>医師</p> <p>渋川市長 様</p> | | | | | | | | | | |