

未 熟 児 退 院 届																
公 費 負 担 者 号																
受 給 者 号																
受 療 者 氏 名							生 年 月 日	平 成	年	月 日						
養育医療給付期間	平 成		年		月		日 から		平 成		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																
転 帰	軽 快 ・ * 転 院 ・ 死 亡 ・ その他 ()															
* 転院の場合その理由 (引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下さい。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。)																
退 院 年 月 日	平 成		年		月		日									
上記のとおりお届けします。																
平成 年 月 日			指定養育医療機関				名称									
						医師				印						
草津町長					様											