

別記様式第5号（第3条関係）

養育医療給付継続申請書

次のとおり養育医療給付の継続を申請します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			
佐野市長 様		住所	
		申請者	
		氏名	
公費負担者番号		受給者番号	
ふりがな			生年月日
本人氏名			年 月 日
保護者氏名			続柄
承認済養育医療券 有効期間	年 月 日～ 年 月 日		交付年 月日
継続承認申請期間	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日
医 師 の 意 見	乳児の現状の概要		
	治療見込み期間及 び見込み日数	年 月 日～ 年 月 日 入 院 日間	
	医療費概算額	入院治療費 円	
	今後の治療の具体的方針及び内容		
上記のとおり認めます。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			
指定養育医療機関名 担当医氏名			

※ 太枠の中のみ御記入ください。