

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したいので申請します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>			
佐野市長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者 住所 氏名</div>			
公費負担者番号		受給者番号	
ふりがな			生年月日
乳児の氏名			年 月 日
保護者の氏名			続柄
承認済養育医療 券有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	交 付 年月日	年 月 日
継続承認申請期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
医 師 の 意 見	乳児の現状の概要		
	治療見込期間及び 見込日数	年 月 日から 年 月 日まで 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> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">指定養育医療機関の名称 担当医の氏名</div>			

備考 太枠の中を記入してください。