

様式第5号（第4条関係）

養育医療継続申請書

年 月 日

美 深 町 長 様

申請者 住 所
氏 名

養育医療券	公費負担医療 の受給者番号		交 年 月 付日	年 月 日		
	受 療 者 氏 名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
	申 請 者 氏 名		住所			
	有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで				
継続を要する期間		年 月 日まで 日間				
継 続 に 要 す る 医 療 費 見 込 額		円				
担当医師の意見	当 初 の 主 要 症 状 又 は 病 名					
	こ れ ま で の 症 状 の 経 過	現在の体重() g				
	継 続 を 要 す る 具 体 的 理 由					
	継 続 の 結 果 に よ る 回 復 の 見 込 み					
年 月 日 指定養育医療機関の所在地及び名称 担当医師 氏 名 ⑩						

注 「担当医師の意見」欄については、現に養育医療の給付を受けている指定養育医療機関の医師に記入してもらうこと。