

養育医療継続申請書

年 月 日

東川町長 様

申請者

⑩

養育医療券	交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	受療者の氏名		男・女	生年 月 日 年 月 日生
	申請者の氏名		住所地	
	有効期限	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 指定医療機関の名称 担当医師氏名			

⑩

注 担当医師の意見欄は、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。